



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

STATUT
über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen
Versorgung im Land Brandenburg

beschlossen von der Vertreterversammlung am 12.09.2003
geändert von der Vertreterversammlung am 16.03.2005, 16.11.2007, 20.11.2009, 23.11.2012,
20.09.2019, 26.11.2021, 11.03.2022 und 08.03.2024

INHALT

Präambel	3
Abschnitt I - Allgemeine Pflichten	3
A) Sprechstundenregelung (Präsenzpflicht)	3
B) Errichtung von Zweigpraxen.....	5
C) Meldung von Terminen und freien Kapazitäten	5
D) Organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst	6
E) Häusliche Besuchstätigkeit.....	6
F) Vertreterregelungen.....	6
Abschnitt II – Sicherstellungsmaßnahmen	10
G) Förderung der Weiterbildung.....	10
H) Sicherstellungszuschläge	10
I) Gewährung von Investitionskostenzuschüssen	10
J) Ausbildungsfinanzierungen (Maßnahmen für Medizinstudenten und aus- und weiterbildende Vertragsärzte).....	11
K) Aufwandsentschädigung für die Nutzung eTS und Online-Arztsuche.....	11
L) Finanzielle Unterstützung zur Verbesserung der Patientenkoordination.....	11
M) Praxisberatung.....	12
N) Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1 SGB V im Rahmen des KV RegioMed Programms.....	12
O) Förderung der Sicherstellung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	14

PRÄAMBEL

Nach §§ 72 Abs. 2, 75, 105 SGB V sowie gem. § 2 der Satzung hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. Dabei wirken gem. § 72 Abs. 1 SGB V Ärzte und Krankenkassen zusammen. Dies erfolgt in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. zur finanziellen Sicherstellung von Fördermaßnahmen über geeignete vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen.

Sofern sich das Sicherstellungsstatut auf Vertragsärzte bezieht, gilt es entsprechend für alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen nach den §§ 95, 105 Absätze 1, 5 sowie 311 Absatz 2 SGB V sowie für angestellte Ärzte sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist oder Abweichendes aus der Besonderheit deren Tätigkeit folgt.

ABSCHNITT I - ALLGEMEINE PFLICHTEN

Der Vertragsarzt ist auf Grund seiner Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Zu den Pflichten gehören insbesondere die Präsenzpflcht, die Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Verpflichtung für eine ordnungsgemäße Vertretung bei Abwesenheit und die hausärztliche Besuchstätigkeit.

Alle Vertragsärzte werden in die Online-Arztsuche der KVBB (nachfolgend bezeichnet als Online-Arztsuche) aufgenommen und sind verpflichtet, ihre dort hinterlegten Daten aktuell zu halten.

A) Sprechstundenregelung (Präsenzpflcht)

- (1) In Erfüllung der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Aufgabe, die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen Erfordernissen entspricht, haben die Vertragsärzte den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag durch persönliche Sprechstunden an ihrem Vertragsarzt- oder Zweigpraxis-sitz zu erfüllen. Sie sind nach den Vorgaben der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (§ 19 a Ärzte-ZV) und des Bundesmantelvertrages (§ 17 BMV-Ä) verpflichtet, die Sprechstunden entsprechend den Bedürfnissen der Versicherten und den Gegebenheiten ihres Praxisbereiches anzubieten. Als Sprechstunde gilt die Zeit, in der der Vertragsarzt in seiner Arztpraxis für die Versicherten persönlich erreichbar ist. Besuchszeiten werden auf die Sprechstundenzeiten angerechnet. Das Nähere zu einer angemessenen Berücksichtigung der Wegezeiten regeln die Gesamtvertragspartner. Ambulante Operationszeiten werden auf die Sprechstundenzeiten angerechnet. Das Nähere beschließt die Vertreterversammlung.
- (2) Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten hat der in Vollzeit tätige Vertragsarzt mindestens 25 Sprechstunden wöchentlich anzubieten. Bei einer Dreiviertelzulassung hat er

mindestens 18,5 Sprechstunden wöchentlich sowie bei einer hälftigen Zulassung mindestens 12,5 Sprechstunden wöchentlich anzubieten.

Dies gilt für angestellte Ärzte entsprechend unter Berücksichtigung des vom Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeitsumfanges. Darüber hinaus gilt für die anteilige Anstellung im Umfang eines Viertel-Tätigkeitsumfanges (0,25), dass mindestens 6 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden anzubieten sind.

Vertragsärzte, die unter die Regelungen nach § 17 Abs. 1c BMV-Ä fallen, müssen bei einem vollen Versorgungsauftrag mindestens fünf offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung vorhalten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten diese anteilig. Offene Sprechstunden sind über die Online-Arztsuche gesondert auszuweisen.

Vorstehende Regelungen gelten nicht für Fachärzte für Anästhesiologie mit Ausnahme derjenigen, die zur ausschließlich schmerztherapeutischen Tätigkeit zugelassen sind. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Pathologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Ärzte, Belegärzte und Fachwissenschaftler der Medizin sind von dieser Regelung nicht betroffen.

- (3) Der maximale zeitliche Sprechstundenumfang am Ort der genehmigten Zweigpraxis wird durch die Regelung des § 17 Abs. 1a BMV-Ä für den Vertragsarzt und den angestellten Arzt am Ort des Vertragsarztsitzes bestimmt. Danach muss die vertragsärztliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz gegenüber allen Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen. Zudem sind am Vertragsarztsitz mindestens 25 Stunden wöchentlich als Sprechstundentätigkeit vorzuhalten.

Für ausschließlich in der Zweigpraxis angestellte Ärzte ist der in der Anstellungsgenehmigung bestimmte zeitliche Beschäftigungsumfang maßgeblich. Für die in § 17 Abs. 1c BMV-Ä genannten Arztgruppen gilt die Verpflichtung zum Vorhalten der offenen Sprechstunden gemäß § 17 Abs. 1a S. 3 BMV-Ä. Vertragsärzte, die eine offene Sprechstunde vorzuhalten haben und am Vertragsarztsitz und in einer Zweigpraxis tätig werden, können zusätzlich offene Sprechstunden am Zweigpraxissitz anbieten.

- (4) Die Sprechstunden am Vertragsarztsitz und der genehmigten Zweigpraxis sind mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild bekannt zu geben und in der Online-Arztsuche aktuell zu halten. Im Interesse eines geordneten Praxisablaufs und zur Vermeidung von unzumutbaren Wartezeiten für den Patienten ist der Vertragsarzt berechtigt, für die Sprechstunden ein Bestellsystem zu führen.

Werden nur spezielle vertragsärztliche Leistungen für die Zweigpraxis genehmigt, sind diese auf dem Praxisschild auszuweisen. Änderungen des Sprechstundenumfanges sind unverzüglich in die Online-Arztsuche einzupflegen.

- (5) Vertragsärzte sind gem. § 76 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 95 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 8 BMV-Ä im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten ihrer Praxis zur ärztlichen Versorgung von Versicher-

ten der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet.

Im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten der Praxis heißt, unter Beachtung der Qualifikation und qualitativen Anforderungen sowie quantitativer und technisch apparativer Ressourcen.

Akutpatienten, insbesondere vermittelt nach standardisiertem Ersteinschätzungsverfahren durch die „116117“ bzw. die zentralen Strukturen der Akut- und Notfallversorgung sind von der vom Aufenthaltsort des Patienten nächsterreichbaren Arztpraxis zu versorgen.

- (6) Unterschreitungen des Mindestsprechstundenumfangs gemäß Abs. 2 bedürfen der Genehmigung durch die KVBB. Ausnahmen sind nur möglich, wenn in der zu versorgenden Region eine ausreichende Versorgung der Patienten sichergestellt ist.
- (7) Die Vertragsarztpraxis muss für die Patienten und die Kollegen innerhalb der Sprechzeiten telefonisch erreichbar sein; zusätzlich für die KVBB auch per E-Mail/Fax. Der Vertragsarzt muss auch außerhalb seiner Sprechzeiten für dringende Besuchsanforderungen oder dringende Behandlungen über seine Praxiskontakt Daten für seine Patienten erreichbar sein, sofern kein organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst oder ein Kollege auf Grund entsprechender Absprache und Ankündigung diese wahrnimmt (Präsenzpflicht).
- (8) Nebentätigkeiten sind dem Zulassungsausschuss anzuzeigen und dürfen einen wöchentlichen Umfang von 13 Stunden bei einer Vollzulassung grundsätzlich nicht überschreiten. Nebentätigkeiten sind unzulässig, wenn der Vertragsarzt dadurch nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten oder die Erfüllung des ihm obliegenden Versorgungsauftrages gefährdet ist.
- (9) Für die Mitteilung des Sprechstundenangebotes und der Erreichbarkeitszeiten für Vertragspsychotherapeuten gelten die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung.

B) Errichtung von Zweigpraxen

Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV und § 15a BMV-Ä hat der Vorstand der KVBB Zweigpraxen zu genehmigen, wenn im Bezirk der KVBB die Zweigpraxis durch einen im Bezirk der KVBB zugelassenen Vertragsarzt beantragt wird.

C) Meldung von Terminen und freien Kapazitäten

Vertragsärzte haben der Terminservicestelle (TSS) der KVBB wöchentlich mindestens zwei freie Termine zu melden und in den elektronischen Terminservice (eTS) einzupflegen. Für Vertragspsychotherapeuten gilt die verpflichtende Meldung von zwei Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde (§ 75 Abs. 1a SGB V) pro Monat. Der Vertragspsy-

chotherapeut ist verpflichtet, bei Feststellung der Erforderlichkeit einer Akutbehandlung oder zeitnah erforderlichen Richtlinien-therapie dem Patienten einen entsprechenden Termin anzubieten oder eine Terminvermittlung zu einem anderen Vertragspsychotherapeuten vorzunehmen. Bei der Verpflichtung zur Weiterbehandlung oder Vermittlung sind die Vorgaben des BMV-Ä (Anlage 28) einzuhalten.

Die Verpflichtung zu den vorgenannten Terminmeldungen gilt für einen vollen Versorgungsauftrag. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag/Tätigkeitsumfang ist mindestens ein Termin zu benennen.

D) Organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst ergibt sich aus der jeweils geltenden Bereitschaftsdienstordnung.

E) Häusliche Besuchstätigkeit

Die häusliche Besuchstätigkeit außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes ist primär Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Der Hausarzt hat auch am Ort der Zweigpraxis die häusliche Besuchstätigkeit außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes durchzuführen. Diese Pflicht obliegt auch dem in der Zweigpraxis ausschließlich angestellten Arzt. Ein Facharzt, der nicht die Funktion des Hausarztes übernommen hat, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen in folgenden Fällen zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. Wenn ein anderer Arzt in seinem Praxisbereich ihn zur konsiliarischen Beratung hinzuzieht und nach dem Ergebnis dieser Beratung eine fachärztliche Besuchsbehandlung erforderlich ist.
2. Wenn er von seinen, bei ihm in Behandlung stehenden Patienten wegen einer in sein Fachgebiet fallenden Erkrankung zu einem Besuch gebeten wird und dem Patienten das Aufsuchen der Praxis aus medizinischen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.
3. Wenn er die Vertretung eines Kollegen übernommen hat, der eine regelmäßige Besuchstätigkeit ausübt.

F) Vertreterregelungen

(1)

1. Für die Dauer seiner Praxisabwesenheit hat der Vertragsarzt für eine ordnungsgemäße Vertretung Sorge zu tragen. Die Vertretung des abwesenden Vertragsarztes hat daher durch:
 - a) einen Arzt in der eigenen Praxis oder
 - b) andere Vertragsärzte in der Praxis des abwesenden Arztes oder

- c) andere Vertragsärzte in deren Praxis zu erfolgen (kollegiale Vertretung). In diesem Fall ist die Vertretung durch andere Vertragsärzte nur zulässig, wenn eine vorherige individuelle Absprache erfolgte, die zwingend das Einverständnis des Vertreters voraussetzt.
2. Der Vertragsarzt hat bei seiner Abwesenheit – auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang, Pressehinweise, telefonische Ansage, Online-Arztuche) bekanntzugeben und dafür Sorge zu tragen, dass seine Patienten rechtzeitig auf die getroffene Vertretungsregelung aufmerksam gemacht werden.
 3. Abwesenheiten und Vertretungen müssen unter den im Versorgungsbereich niedergelassenen Kollegen rechtzeitig so aufeinander abgestimmt werden, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung während dieser Zeit sichergestellt bleibt.
 4. Bei Abwesenheitsvertretungen zwischen den Partnern innerhalb einer BAG bzw. Einrichtungen nach den §§ 95, 105 Absätze 1 und 5 sowie 311 Abs. 2 SGB V handelt es sich nicht um eine Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV.
 5. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist unzulässig.

(2)

1. Anzeigepflichtige (genehmigungsfreie) Vertretungszeit:

- a) Der Vertragsarzt kann sich nach § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung genehmigungsfrei vertreten lassen.
- b) Genehmigungsfrei aus den oben genannten Gründen ist eine Vertretung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten (= 65 Arbeitstage – Montag bis Freitag).
- c) Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von 12 Monaten ohne Genehmigung vertreten lassen. Die Abwesenheit ist der KVBB zeitnah unter Angabe des Vertreters anzuzeigen.
- d) Lässt sich der Vertragsarzt an einem Tag bis zu vier Stunden vertreten, so zählt diese Vertretung als ein halber Tag. Lässt sich der Vertragsarzt an einem Tag mehr als vier Stunden vertreten, so zählt diese Vertretung als ein ganzer Tag. Mit der erstmaligen Anzeige einer Vertretung beginnt der 12-Monats-Zeitraum. Regelmäßige tageweise Vertretungen in der Praxis werden auf den genehmigungsfreien 65-Arbeitstage-Zeitraum innerhalb von 12 Monaten angerechnet. D. h., dass regelhafte Vertretungen in Addition der wöchentlich vertretenen Tage bis zu 65 Arbeitstagen genehmigungsfrei aber anzeigepflichtig sind.
- e) Bei regelmäßigen Vertretungen, z. B. 1 Tag pro Woche oder alle zwei Wochen 1 Tag, gilt die Anzeigepflicht bereits für die erste Vertretung.

- f) Bei ermächtigten Ärzten ist die Vertretungszeit innerhalb der 12 Monate auf den 3-Monats-Zeitraum begrenzt (§ 32a Ärzte-ZV).

Die Verpflichtung zur Anzeige von Vertretungen gemäß den Buchstaben a), b), d), e) und f) wird durch die Eingabe der Vertretungszeiträume und des jeweiligen Vertreters in die Online-Arztsuche erfüllt. Davon unberührt bleiben Anzeigepflichten nach anderen Regelungen insbesondere der Abrechnungsordnung.

2. Genehmigungspflichtige Vertretungen:

Ist der Vertragsarzt länger als 3 Monate innerhalb von 12 Monaten an der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit aus Gründen von Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung verhindert, so bedarf die Vertretung der Genehmigung der KVBB. Eine Ausnahme hiervon bildet die Vertretung einer Vertragsärztin bis 12 Monate in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Entbindung.

Eine Genehmigung kann dem Vertragsarzt darüber hinaus erteilt werden

- a) wenn dieser an einer Aus- oder Weiterbildung teilnimmt,
- b) wenn die Beschäftigung eines Vertreters aus Gründen der Sicherstellung erfolgt (z. B. wenn der Vertragsarzt durch politische oder berufspolitische Ehrenämter zeitweise an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert ist),
- c) während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss,
- d) während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.
- e) Die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt ist für die Dauer von 6 Monaten zulässig, wenn der angestellte Arzt freigestellt ist oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet wurde.

Die Genehmigung ist zu befristen. Die unter den Buchstaben c, d und e genannten Zeiträume kann die KVBB verlängern.

(3) Qualifikation des Vertreters:

1. Der Vertreter soll derselben Arztgruppe gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie der Vertretene angehören. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder einen anderen Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung vertreten lassen.
2. Abweichungen sind nach Genehmigung durch die KVBB zulässig
 - aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung,

- bei kurzzeitigen bzw. unvorhergesehenen Ereignissen.

Hierbei kann eine Vertretung auch durch Ärzte erfolgen, die ihre Weiterbildungszeit bereits überwiegend absolviert haben. Der Vertragsarzt hat die Geeignetheit zu prüfen.

3. Ärztliche Leistungen, deren Abrechnung einen speziellen Qualifikationsnachweis voraussetzen, können nur von Ärzten ausgeführt werden, die über die entsprechende Qualifikation verfügen.
 4. Bei Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis haftet der Vertragsarzt für die Tätigkeit des Vertreters. Er haftet für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Der Vertragsarzt hat sich über die Qualifikation eines Vertreters zu vergewissern. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Vertretung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.
- (4) Die Verpflichtungen aus Absatz 1 Ziffern 1. und 2. obliegen der zugelassenen Einrichtung für die in der Einrichtung tätigen Ärzte. Für in Vertragsarztpraxen angestellte Ärzte gelten diese Verpflichtungen für den Praxisinhaber.

ABSCHNITT II – SICHERSTELLUNGSMAßNAHMEN

G) Förderung der Weiterbildung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg fördert die Weiterbildung gem. § 75 a SGB V i.V.m. der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75 a SGB V“ zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung erfolgt nach der Maßgabe der Beschlüsse der Vertreterversammlung. Die Einzelheiten zur Umsetzung regelt der Vorstand der KVBB.
- (3) Die KVBB ist nur insoweit zur finanziellen Förderung verpflichtet, als auch die Krankenkassen sich paritätisch beteiligen.
- (4) Zahlungen im Rahmen der Förderung der Weiterbildung unterliegen nicht der Verpflichtung der Zahlung der Verwaltungskostenumlage gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB.

H) Sicherstellungszuschläge

- (1) Zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung können Vertragsärzten auf Antrag Sicherstellungszuschläge gewährt werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Land Brandenburg für das betreffende Gebiet eine Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V festgestellt hat. Über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen entscheidet die KVBB auf der Grundlage eines durch den Landesausschuss festgelegten Verfahrens.
- (2) Neben der Förderung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen können auf Antrag Sicherstellungszuschläge durch die KVBB gewährt werden. Das Nähere zu den Voraussetzungen und den Bedingungen sind in den Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Investitionskostenzuschüssen und Sicherstellungszuschlägen durch die KVBB gem. § 105 Abs. 1a SGB V geregelt, die vom Vorstand der KVBB beschlossen werden.

I) Gewährung von Investitionskostenzuschüssen

- (1) Vertragsärzten, denen eine Zulassung, eine Genehmigung zur Anstellung oder die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis in Gebieten erteilt wurde, für die der Landesausschuss eine drohende oder bestehende Unterversorgung festgestellt hat, können auf Antrag Investitionskostenzuschüsse gewährt werden. Nähere Einzelheiten zu den Voraussetzungen und den

Bedingungen sind in den Ausführungsbestimmungen zur Gewährung von Investitionskostenzuschüssen und Sicherstellungszuschlägen durch die KVBB gem. § 105 Abs. 1a SGB V geregelt.

- (2) Die Finanzierung von Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgt über den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V.

J) Ausbildungsfinanzierungen (Maßnahmen für Medizinstudenten und aus- und weiterbildende Vertragsärzte)

- (1) Medizinstudierende, die ihre Praxistage, Famulaturen, Blockpraktika oder ein Tertial ihres Praktischen Jahres während des Studiums in Brandenburger Vertragsarztpraxen absolvieren, können durch die KVBB eine finanzielle Unterstützung erhalten.
- (2) Vertragsärzte können auf Antrag eine Aufwandsentschädigung erhalten, wenn sie in ihren Praxen
- geförderte Medizinstudierende betreuen oder
 - Ärzte in Weiterbildung beschäftigen.
- (3) Über die Voraussetzungen für die Gewährung der Förderungen nach den Absätzen 1 bis 2 entscheidet der Vorstand.

K) Aufwandsentschädigung für die Nutzung eTS und Online-Arztuche

Die Vertreterversammlung kann durch Beschluss finanzielle Entschädigungen für Vertragsärzte/ Praxen zur Nutzung der eTS und der Online-Arztuche aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V festlegen.

Das Nähere zu den Voraussetzungen und den Bedingungen wird vom Vorstand der KVBB festgelegt.

L) Finanzielle Unterstützung zur Verbesserung der Patientenkoordination

Die Vertreterversammlung kann durch Beschluss finanzielle Maßnahmen für Vertragsärzte/ Praxen zur Unterstützung der akuten Patientenbehandlung und zur innerärztlichen regionalen Patientenvermittlung zwischen den Fachärzten aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V festlegen.

Das Nähere zu den Voraussetzungen und den Bedingungen wird vom Vorstand der KVBB festgelegt.

M) Praxisberatung

Auf Wunsch von Vertragsärzten oder niederlassungswilligen Ärzten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Praxisberatungen angeboten. Das Beratungsangebot für Vertragsärzte richtet sich hier insbesondere an Praxen mit wirtschaftlichen Problemstellungen. Niederlassungswillige Ärzte können sich bezüglich der Tragfähigkeit ihrer geplanten Existenzgründung betriebswirtschaftlich und abrechnungstechnisch kostenfrei beraten lassen.

N) Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1 SGB V im Rahmen des KV RegioMed Programms

(1) In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 1 Satz 1 SGB V eine ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, ist die KVBB nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2 SGB V, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Eigeneinrichtungen § 105 Abs. 1c SGB V verpflichtet.

(2) Ergänzend können Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1c SGB V als subsidiäre Struktur in einem Bereich errichtet werden, wenn

(a) die Kassenärztliche Vereinigung einen Versorgungsbedarf in einer Region, die nicht von der Regelung nach Abs. 1 erfasst wird, ermittelt oder

(b) eine Verbesserung der Versorgungsstrukturqualität erreicht werden kann.

(3) Die Entscheidung, ob in einem Bereich eine Eigeneinrichtung errichtet wird, ist von der Erfüllung der folgenden Kriterien abhängig.

3.1 Bei der Errichtung von Eigeneinrichtungen unter den Bedingungen nach Absatz (2) (a) und (b) wird der Versorgungsbedarf anhand der folgenden Kriterien ermittelt:

- Erhebung der Versorgungssituation (Daten):
 - a. Versorgungsgrad
 - b. Fallzahlen
 - c. Wartezeiten
 - d. Mitversorgungseffekte (Behandlung von Patienten anderer Regionen)
 - e. Bevölkerungszahl, -entwicklung und -struktur
 - f. Beschwerden
 - g. Krankenhausstandorte und -angebote

- Analyse der Konkurrenzsituation:
 - h. Welcher Vertragsarzt erbringt wo seine Leistung?
 - i. Entfernung benachbarter Angebote
 - j. Verkehrsanbindung und Erreichbarkeit

- Wirtschaftlichkeitsanalyse:
 - k. Unter welchen Prämissen ist ein wirtschaftlicher Betrieb möglich?
 - l. Auswirkung auf umliegende Praxen
- Bewertung der Situation durch:
 - m. KVBB
 - n. Regionalbeiratsmitglied
 - o. Berufsverbände
 - p. Bereitschaftsdienst-Beauftragte

- 3.2 Bei der Errichtung von Eigeneinrichtungen nach Abs. 2 b) muss eine Verbesserung der Versorgungsstrukturqualität realisiert werden. Diese liegt vor, wenn:
- a) weder am Ort oder im näheren Einzugsbereich Kollegen der Arztgruppe zugelassen sind, noch Vertragsärzte anderer Fachgruppen die betreffenden Leistungen anbieten oder
 - b) am Ort bzw. im näheren Einzugsbereich grundsätzlich die Versorgung durch die Vertragsärzte sichergestellt ist, jedoch in der Eigeneinrichtung vertragsärztliche Angebote vorgehalten werden sollen, die dort nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen oder
 - c) sich die wohnortnahe Versorgung der Versicherten erheblich erleichtert und sich die bestehende unzumutbare Wartezeit verkürzt oder
 - d) eine Vertragsarztpraxis fortgeführt werden soll, um eine Verschlechterung der Versorgung zu vermeiden.
- (4) Die mit der Gründung und dem Betrieb der Eigeneinrichtung im Zusammenhang stehenden Investitions-, Management- und sonstigen Kosten werden zunächst aus dem Investitions- und Verwaltungshaushalt der KVBB finanziert. Die Refinanzierung erfolgt soweit möglich und nötig aus den erwirtschafteten Überschüssen der Eigeneinrichtung und im Weiteren über den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V.
- (5) Die Regelungen zur Höhe der Abschlagszahlungen gem. der Abrechnungsordnung der KVBB an die Eigeneinrichtung gelten grundsätzlich analog.
- (6) Die Vergütung ärztlicher Leistungen der Einrichtung unterliegt der Zahlung der Verwaltungskostenumlage gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB. Die Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB gelten analog.
- (7) Für ggf. von der KVBB wahrgenommene Verwaltungsaufgaben können zusätzlich zu Abs. (5) Verwaltungskostenumlage erhoben und mit den Abschlags- bzw. Honorarzahungen an die Eigeneinrichtung verrechnet werden.
- (8) Die Übernahme einer Eigeneinrichtung kann auf der Grundlage eines Praxisübernahmevertrages, der grundsätzlich die Erstattung des Praxiswertes der Eigeneinrichtung beinhaltet, erfolgen.

O) Förderung der Sicherstellung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes

- (1) Die Förderung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dient der Gewährleistung der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung während der Sprechstundenfreien Zeiten auch in strukturschwachen Regionen im Land Brandenburg. Durch organisatorische Maßnahmen sollen Defizite in der flächendeckenden Versorgung vermieden werden.
- (2) Die nachfolgenden Regelungen gelten für alle am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte im Bereich der KVBB.
- (3) Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich aus den Mitteln, die gemäß der Vereinbarung zur Gesamtvergütung gem. § 87a SGB V bzw. gemäß § 105 Abs. 1a bzw. b SGB V zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.
- (4) Die Vergütung der Bereitschaftsdienste in Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen, der fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienste bzw. von Telefon- und Einsatzärzten in Bereitschaftsdienstregionen nach der ab dem 01.10.2019 geltenden Bereitschaftsdienstordnung erfolgt auf Basis einer Einzelleistungsvergütung gemäß EBM, wobei eine Mindestvergütung in Höhe von 50 € pro Stunde, an gesetzlichen Feiertagen sowie am 24.12. und 31.12. in Höhe von 70 € pro Stunde im Durchschnitt je Dienst gewährt wird. Diese Vergütungsregelung gilt für alle Dienste, die an den o. g. Tagen beginnen bis zum regulären Dienstende ggf. am Folgetage. Auf die die Mindestvergütung gem. Satz 1 überschreitenden Umsatzanteile wird ein Kostensatz zur Refinanzierung der organisatorischen Aufwendungen in Höhe von 40 % erhoben.

Für die An- und Abfahrt zur Bereitschaftsdienstpraxis und zum Standort des Einsatzarztes sowie für die Vor- und Nachbereitung wird eine entfernungsabhängige Pauschale je Dienst in nachfolgender Höhe gewährt:

Entfernung (einfache Fahrt)	bis 15 km	15 km bis 30 km	über 30 km
An- und Abfahrtpauschale (je Dienst)	15 €	30 €	45 €

Zur Refinanzierung der Kosten des Fahrdienstes gemäß Bereitschaftsdienstordnung werden den vom Fahrdienstleister in Rechnung gestellten Einsatzfahrten GKV-Wegepauschalen zugeordnet und diese von der Vergütung des bereitchaftsdiensthabenden Arztes einbehalten. In begründeten Einzelfällen können abweichende Vergütungsregelungen durch den Vorstand beschlossen werden.

- (5) Für Bereitschaftsdienstbezirke gem. § 3 der Gemeinsamen Bereitschaftsdienstordnung in der ab 01.07.2017 geltenden Fassung gelten die Vergütungsregelungen in Abschnitt M) des Si-

herstellungsstatutes in der Fassung vom 12.09.2003, zuletzt geändert am 23.11.2012 (Anlage 1) fort.

Für die Vergütung von Ärzten in Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen gilt der Beschluss Nr. 4/2015 der Vertreterversammlung vom 04.09.2015 (Anlage 2).

Die Regelungen in Abs. 4 zur Einbehaltung und Verrechnung der Wegepauschalen gelten entsprechend.

(6) Abrechnung und Zahlungen

6.1 Die Regelungen zur Höhe der Abschlagszahlungen gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB gelten nicht für ausschließlich bzw. in Nebentätigkeit am Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärzte. Diese erhalten eine quartalsbezogene Abschlagszahlung i. H. v. 90% der Mindestvergütung einschließlich der An- und Abfahrtpauschalen der durchgeführten und in BD-Online dokumentierten Dienste des abgeschlossenen Quartals. Die Zahlung erfolgt im ersten Monat nach Quartalsende. Bei nicht erfolgter Abgabe der Quartalsabrechnung werden die Zahlungen auf die durchgeführten Dienste ausgesetzt.

Mit Einführung eines Online-Dienstplanungssystems erfolgen die Dienstübernahme sowie die Dienstabgabe/-übernahme im Falle eines Dienstaustausches eigenständig durch die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte. Im Übrigen bleiben die Regelungen der Bereitschaftsdienstordnung unberührt. Details werden durch Beschluss des Vorstands geregelt.

6.2 Die Vergütung im Bereitschaftsdienst unterliegt der Zahlung der Verwaltungskosten-sowie der Sicherstellungsumlage.

Die ärztlichen Leistungen nach EBM und ggf. Wegepauschalen nach Gesamtvergütungsvertrag sind für alle Patienten auf dem Vordruckmuster 19 (Notfall-/Vertreterschein) zu dokumentieren. Die Abrechnung der Behandlung eigener Patienten im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist ebenfalls auf dem Vordruckmuster 19 vorzunehmen. Die übrigen Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB bleiben unberührt.

6.3 Die Zahlung der Mindestvergütung erfolgt auf Grundlage der der KVBB vorliegenden taggenauen Dienstpläne und der Bestätigung der Dienstdurchführung durch den verantwortlichen Disponenten der Koordinierungsstelle der KVBB.

6.4 Die Zahlungen nach dieser Richtlinie stehen unter dem Vorbehalt der Überprüfung der Bereitschaftsdienstabrechnung auf Richtigkeit, Plausibilität und Vollständigkeit, einschließlich der diesbezüglichen Prüfung der im Rahmen der Quartalsabrechnung einzureichenden Behandlungsausweise.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 1/29
-------------------------------------	------------------------------	---------------------------

STATUT über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg

beschlossen von der Vertreterversammlung am 12.09.2003
geändert von der Vertreterversammlung am 16.03.2005, 16.11.2007,
20.11.2009 und 23.11.2012

8.1. <hr/> 2/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Abschnitt I - Allgemeine Pflichten	3
A) Sprechstundenregelung (Präsenzpflicht)	4
B) Errichtung von Zweigpraxen	6
C) Organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst	7
D) Häusliche Besuchstätigkeit	7
E) Abwesenheit aus der Praxis / Vertreterregelung	8
Abschnitt II - Sicherstellungsmaßnahmen	9
F) Förderung der Weiterbildung	9
G) Sicherstellungszuschläge	10
H) Gewährung von Investitionskostenzuschüssen	10
I) Ausbildungsfinanzierungen (Maßnahmen für Medizinstudenten und aus- und weiterbildende Vertragsärzte)	11
J) Gewährung von Umsatzgarantien	11
K) Praxisberatung	14
L) Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1 SGB V im Rahmen des KV RegioMed Programms	14
M) Förderung der Sicherstellung des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes	15
 Anlage - Vertrag über die Gewährung einer Umsatzgarantie	

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 3/29
-------------------------------------	------------------------------	---------------------------

Präambel

Nach §§ 72 Abs. 2, 75, 105 SGB V sowie gem. § 2 der Satzung hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. Dabei wirken gem. § 72 Abs. 1 SGB V Ärzte und Krankenkassen zusammen. Dies erfolgt in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. zur finanziellen Sicherstellung von Fördermaßnahmen über geeignete vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen. Sofern sich das Sicherstellungsstatut auf Vertragsärzte bezieht, gilt es entsprechend für alle an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen nach den §§ 95, 105 Absätze 1, 5 sowie 311 Absatz 2 SGB V sowie für angestellte Ärzte sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist oder Abweichendes aus der Besonderheit deren Tätigkeit folgt.

Abschnitt I - Allgemeine Pflichten

Der Vertragsarzt ist auf Grund seiner Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Zu den Pflichten gehören insbesondere die Präsenzpflcht, die Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Verpflichtung für eine ordnungsgemäße Vertretung bei Abwesenheit aus der Praxis zu sorgen und die hausärztliche Besuchstätigkeit.

A) Sprechstundenregelung (Präsenzpflcht)

- (1) In Erfüllung der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Aufgabe, die ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen Erfordernissen entspricht, haben sich die Vertragsärzte in den Bundesmantelverträgen (§ 17 BMV-Ä; § 13 BMV-EKV) verpflichtet, ihre Sprechstunden am Vertragsarztsitz sowie weiteren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes

entsprechend den Bedürfnissen der Versicherten nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung in dem in § 17 Abs. 1a BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 7a BMV-EKV geregelten Umfang und den Gegebenheiten ihres Praxisbereiches festzusetzen und diese Sprechstunden auf dem Praxisschild sowie bei Praxisaufnahme dem Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg bzw. der KVBB bekannt zu geben.

- (2) Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sollen im erforderlichen Umfang Sprechstunden am Vertragsarztsitz von i. d. R. Montag bis Freitag täglich - mindestens jedoch 20 Stunden wöchentlich bei einer Vollzulassung und mindestens 10 Stunden wöchentlich bei einer Teilzulassung - angeboten werden, sofern die bedarfsgerechte Versorgung nicht nachteilig beeinflusst wird. Für die hausärztliche Versorgung sollen am Montagvormittag grundsätzlich Sprechstunden angeboten werden. Im Übrigen sind bei der Verteilung und der Zahl der Sprechstunden die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten zu berücksichtigen.

Fachärzte für Anästhesiologie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Pathologie, Transfusionsmedizin, ermächtigte Ärzte, Belegärzte und Fachwissenschaftler der Medizin können von dieser Regelung abweichen, sofern die bedarfsgerechte Versorgung nicht nachteilig beeinflusst wird.

- (3) Der maximale zeitliche Sprechstundenumfang am Ort der genehmigten Zweigpraxis wird durch die Regelung des § 17 Abs. 1a BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 7a BMV-EKV für den Vertragsarzt und den angestellten Arzt am Ort des Vertragsarztsitzes bestimmt. Danach muss die vertragsärztliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz gegenüber allen Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen. Für ausschließlich in der Zweigpraxis angestellte Ärzte ist der in der Anstellungsgenehmigung bestimmte zeitliche Beschäftigungsumfang maßgeblich. Einzelheiten zum

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 5/29
-------------------------------------	------------------------------	---------------------------

Sprechstundenumfang in der Zweigpraxis regelt die Zweigpraxenrichtlinie der KVBB.

- (4) Die Sprechstunden am Vertragsarztsitz und der genehmigten Zweigpraxis sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild bekannt zu geben und der KVBB anzuzeigen. Hinweise zu Sprechstunden „nach Vereinbarung“ oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. Im Interesse eines geordneten Praxisablaufs und zur Vermeidung von unzumutbaren Wartezeiten für den Patienten ist der Vertragsarzt berechtigt, für die Sprechstunden ein Bestellsystem zu führen. Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig. Werden nur spezielle vertragsärztliche Leistungen für die Zweigpraxis genehmigt, sind diese auf dem Praxisschild kenntlich zu machen. Änderungen des Sprechstundenumfangs sind der KVBB unverzüglich anzuzeigen.
- (5) Vertragsärzte sind gem. § 76 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 95 Abs. 1 SGB V und § 13 Abs. 8 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 2 EKV im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten ihrer Praxis zur ärztlichen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet.

Im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten der Praxis heißt, unter Beachtung der Qualifikation und qualitativen Anforderungen sowie quantitativer und technisch-apparativer Ressourcen.

- (6) Unterschreitungen des Mindestsprechstundenumfangs aus Abs. 2 bedürfen der Zustimmung durch die KVBB. Ausnahmen sind nur möglich, wenn in der zu versorgenden Region eine ausreichende Versorgung der Patienten sichergestellt ist.
- (7) Der Vertragsarzt muss auch außerhalb seiner Sprechzeiten für dringende Besuchsansforderungen oder dringende Behandlungen über seine Praxis für seine Patienten erreichbar sein, sofern kein organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst oder ein Kollege auf Grund entsprechender Absprache und Ankündigung diese wahrnimmt (Präsenzpflicht).

8.1. <hr/> 6/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---------------------------	------------------------------	-------------------------------------

- (8) Nebentätigkeiten sind dem Zulassungsausschuss anzuzeigen und dürfen einen wöchentlichen Umfang von 13 Stunden bei einer Vollzulassung grundsätzlich nicht überschreiten.

B) Errichtung von Zweigpraxen

- (1) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV hat der Vorstand der KVBB Zweigpraxen zu genehmigen, wenn im Bezirk der KVBB die Zweigpraxis durch einen im Bezirk der KVBB zugelassenen Vertragsarzt beantragt wird.
- (2) Das Genehmigungsverfahren zur Führung einer Zweigpraxis und zur Durchführung von Zweigsprechstunden richtet sich nach den §§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, 15a BMV-Ä/EKV und der Zweigpraxenrichtlinie der KVBB.

C) Organisierter ärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst regelt die Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der LÄK Brandenburg und der KVBB.

D) Häusliche Besuchstätigkeit

Die häusliche Besuchstätigkeit außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes ist primär Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Der Hausarzt hat auch am Ort der Zweigpraxis die häusliche Besuchstätigkeit außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes durchzuführen. Diese Pflicht obliegt auch dem in der Zweigpraxis ausschließlich angestellten Arzt. Ein Facharzt, der nicht die Funktion des Hausarztes übernommen hat, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen in folgenden Fällen zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 7/29
-------------------------------------	------------------------------	---------------------------

1. Wenn ein anderer Arzt in seinem Praxisbereich ihn zur konsiliarischen Beratung hinzuzieht und nach dem Ergebnis dieser Beratung eine fachärztliche Besuchsbehandlung erforderlich ist.
2. Wenn er von seinen, bei ihm in Behandlung stehenden Patienten wegen einer in sein Fachgebiet fallenden Erkrankung zu einem Besuch gebeten wird und der Hausbesuch gem. § 1 Bereitschaftsdienstordnung bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlungsmöglichkeit medizinisch nicht aufschiebbar ist und dem Patienten das Aufsuchen der Praxis aus medizinischen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.
3. Wenn er die Vertretung eines Kollegen übernommen hat, der eine regelmäßige Besuchstätigkeit ausübt.

E) Abwesenheit aus der Praxis / Vertreterregelungen

- (1) Für die Abwesenheit von Vertragsärzten gelten folgende Grundsätze:
 1. Für die Dauer seiner Praxisabwesenheit hat der Vertragsarzt für eine ordnungsgemäße Vertretung Sorge zu tragen. Die Vertretung des abwesenden Vertragsarztes hat daher durch
 - a) einen Arzt in der eigenen Praxis oder
 - b) andere Vertragsärzte in der Praxis des abwesenden Arztes oder
 - c) andere Vertragsärzte in deren Praxis zu erfolgen (kollegiale Vertretung). In diesem Fall ist die Vertretung durch andere Vertragsärzte nur zulässig, wenn eine vorherige individuelle Absprache erfolgte, die zwingend das Einverständnis des Vertreters voraussetzt.
 2. Der Vertragsarzt hat bei seiner Abwesenheit – auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang, Pressehinweise, telefonische Ansage) bekanntzugeben und dafür Sorge zu tragen, dass seine Patienten rechtzeitig auf die getroffene Vertretungsregelung aufmerksam gemacht werden.

8.1. <hr/> 8/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---------------------------	------------------------------	-------------------------------------

3. Abwesenheiten und Vertretungen müssen unter den im Versorgungsbereich niedergelassenen Kollegen rechtzeitig so aufeinander abgestimmt werden, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung während dieser Zeit sichergestellt bleibt.
4. Bei Abwesenheitsvertretungen zwischen den Partnern innerhalb einer BAG bzw. Einrichtungen nach den §§ 95, 105 Absätze 1 und 5 sowie 311 Abs. 2 SGB V handelt es sich nicht um eine Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV.
5. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist unzulässig.

(2) Für die Vertretung gelten folgende Vorschriften:

1. Anzeigepflichtige (genehmigungsfreie) Vertretungszeit:
 - a) Der Vertragsarzt kann sich nach § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung genehmigungsfrei vertreten lassen.
 - b) Genehmigungsfrei aus den oben genannten Gründen ist eine Vertretung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von 3 Monaten (= 65 Arbeitstage – Montag bis Freitag).
 - c) Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von 12 Monaten ohne Genehmigung vertreten lassen. Die Abwesenheit ist der KVBB zeitnah unter Angabe des Vertreters anzuzeigen.
 - d) Ist der Vertragsarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert, so muss er dies unter namentlicher Benennung des Vertreters schriftlich rechtzeitig der KVBB mitteilen. Entsprechende Meldeformulare stellt die KVBB zur Verfügung. Zusätzlich ist der KVBB vom Vertragsarzt jede Vertretung und deren

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 9/29
-------------------------------------	------------------------------	---------------------------

Dauer spätestens mit der Vierteljahreserklärung anzuzeigen.

- e) Lässt sich der Vertragsarzt an einem Tag bis zu vier Stunden vertreten, so zählt diese Vertretung als ein halber Tag. Lässt sich der Vertragsarzt an einem Tag mehr als vier Stunden vertreten, so zählt diese Vertretung als ein ganzer Tag. Mit der erstmaligen Anzeige einer Vertretung beginnt der 12-Monats-Zeitraum. Regelmäßige tageweise Vertretungen in der Praxis werden auf den genehmigungsfreien 65-Arbeitstage-Zeitraum innerhalb von 12 Monaten angerechnet. D. h., dass regelhafte Vertretungen in Addition der wöchentlich vertretenen Tage bis zu 65 Arbeitstagen genehmigungsfrei aber anzeigepflichtig sind.
- f) Bei regelmäßigen Vertretungen, z. B. 1 Tag pro Woche oder alle zwei Wochen 1 Tag, gilt die Anzeigepflicht bereits für die erste Vertretung.
- g) Bei ermächtigten Ärzten ist die Vertretungszeit innerhalb der 12 Monate auf den 3-Monats-Zeitraum begrenzt (§ 32a Ärzte-ZV).

2. Genehmigungspflichtige Vertretungen:

Ist der Vertragsarzt länger als 3 Monate innerhalb von 12 Monaten an der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit aus Gründen von Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung verhindert, so bedarf die Vertretung der Genehmigung der KVBB. Eine Ausnahme hiervon bildet die Vertretung einer Vertragsärztin bis 12 Monate in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Entbindung.

Eine Genehmigung kann dem Vertragsarzt darüber hinaus erteilt werden,

- a) wenn dieser an einer Aus- oder Weiterbildung teilnimmt,
- b) wenn die Beschäftigung eines Vertreters aus Gründen der Sicherstellung erfolgt (z. B. wenn der Vertragsarzt durch

8.1. <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 10/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
--	------------------------------	-------------------------------------

politische oder berufspolitische Ehrenämter zeitweise an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gehindert ist),

- c) während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss,
- d) während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

Die Genehmigung ist zu befristen. Die unter den Buchstaben c und d genannten Zeiträume kann die KVBB verlängern.

(3) Qualifikation des Vertreters:

1. Der Vertragsarzt soll derselben Arztgruppe gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie der Vertretene angehören. Der Vertragsarzt darf sich grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder einen anderen Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung vertreten lassen.
2. Abweichungen sind zulässig
 - aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung,
 - bei kurzzeitigen bzw. unvorhergesehenen Ereignissen.

Hierbei kann eine Vertretung auch durch Ärzte erfolgen, die ihre Weiterbildungszeit bereits überwiegend absolviert haben. Der Vertragsarzt hat die Geeignetheit zu prüfen.
3. Ärztliche Leistungen, deren Abrechnung einen speziellen Qualifikationsnachweis voraussetzen, können nur von Ärzten ausgeführt werden, die über die entsprechende Qualifikation verfügen.
4. Bei Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis haftet der Vertragsarzt für die Tätigkeit des Vertreters. Er haftet für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Der Vertragsarzt hat sich über die Qualifikation

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 11/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

eines Vertreters zu vergewissern. Der Vertragsarzt hat in allen Fällen der Vertretung eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu gewährleisten.

- (4) Die Verpflichtungen aus Absatz 1 Ziffern 1 und 2 obliegen der zugelassenen Einrichtung für die in der Einrichtung tätigen Ärzte. Für in Vertragsarztpraxen angestellte Ärzte gelten diese Verpflichtungen für den Praxisinhaber.

Abschnitt II - Sicherstellungsmaßnahmen

F) Förderung der Weiterbildung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg fördert die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gem. § 75 Abs. 8 SGB V i.V.m. der „Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“ gem. Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinie der KVBB über die Gewährung von Zuschüssen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte, in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V sowie die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KVBB.
- (3) Zur Zukunftssicherung können bei sich abzeichnenden Sicherstellungsproblemen weitere Arztgruppen durch Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg in der Weiterbildung gefördert werden.
- (4) Die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung außerhalb der Allgemeinmedizin erfolgt nach der Maßgabe der Beschlüsse der Vertreterversammlung. Die Einzelheiten zur Umsetzung regelt der Vorstand der KVBB.

8.1. <hr/> 12/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

- (5) Die KVBB ist nur insoweit zur finanziellen Förderung verpflichtet, als auch die Krankenkassen sich paritätisch beteiligen.
- (6) Zahlungen im Rahmen der Förderung der Weiterbildung unterliegen nicht der Verpflichtung der Zahlung der Verwaltungskostenumlage gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB.

G) Sicherstellungszuschläge

Zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung können Vertragsärzten auf Antrag Sicherstellungszuschläge gewährt werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für das Land Brandenburg für das betreffende Gebiet eine Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V festgestellt hat. Über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen entscheidet die KVBB auf der Grundlage eines durch den Landesausschuss festgelegten Verfahrens.

H) Gewährung von Investitionskostenzuschüssen

- (1) Vertragsärzten, denen eine Zulassung oder die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis in Gebieten erteilt wurde, für die der Landesausschuss eine drohende oder bestehende Unterversorgung festgestellt hat und die Sicherstellungszuschläge nach Abschnitt G) erhalten, können auf Antrag Investitionskostenzuschüsse gewährt werden. Nähere Einzelheiten zu den Voraussetzungen und den Bedingungen sind in den Ausführungsbestimmungen der KVBB zur Gewährung von Investitionskostenzuschüssen gem. § 105 Abs. 1a SGB V geregelt.
- (2) Die Finanzierung von Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgt über den Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 13/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

I) Ausbildungsfinanzierungen (Maßnahmen für Medizinstudenten und aus- und weiterbildende Vertragsärzte)

- (1) Medizinstudenten, die ihre Famulaturen, Blockpraktika oder ähnliche praxisbezogene Ausbildungsabschnitte während des Studiums in Brandenburger Vertragsarztpraxen absolvieren, können durch die KVBB eine finanzielle Unterstützung erhalten. Weiterhin ist im Einzelfall die Vergabe eines Stipendiums möglich.
- (2) Zugelassene Vertragsärzte können auf Antrag eine Aufwandsentschädigung erhalten, wenn sie in ihren Praxen
 - geförderte Famulanten betreuen,
 - geförderte Studenten im Rahmen von Praktika bzw. im Praktischen Jahr betreuen oder
 - Ärzte in Weiterbildung beschäftigen.
- (3) Im Land Brandenburg an medizinischen Hochschulen und Universitäten eingerichtete Studienplätze für Humanmedizin können durch die KVBB eine finanzielle Förderung erfahren.
- (4) Über die Voraussetzungen für die Gewährung der Förderungen nach den Absätzen 1 bis 3 entscheidet der Vorstand.

J) Gewährung von Umsatzgarantien

- (1) Auf Beschluss des Vorstandes der KVBB kann einem Bewerber um einen dringlich zu besetzenden Vertragsarztsitz / Versorgungsbereich für die Anlaufphase seiner Praxis eine Umsatzgarantie zugesagt werden, wenn der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V für die entsprechende Arztgruppe und Region, in der sich der Vertragsarzt niederlässt, festgestellt hat.
Zur Erhaltung und Sicherstellung bestehender ambulanter Strukturen ist die Gewährung einer Umsatzgarantie grundsätzlich an eine zeitgleiche Übernahme (innerhalb von 6 Monaten) einer bestehenden Vertragsarztpraxis gebunden. Die übernommene Vertragsarztpraxis hat über eine im Durchschnitt der letzten 4 Quartale ermittelte Behandlungsfallzahl zu verfügen, welche mehr als 75 % der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen

8.1. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 14/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---	------------------------------	-------------------------------------

Fachgruppe beträgt. Nicht berücksichtigt werden Quartale, in denen der übliche Praxisbetrieb z.B. durch Krankheit des Praxisabgebers oder durch sonstige vergleichbare Umstände wesentlich eingeschränkt war.

Abweichend davon kann im Einzelfall auch bei einer Praxisneugründung eine Umsatzgarantie gewährt werden.

- (2) Die Gewährung von Umsatzgarantien ist an einen Vertrag zwischen dem Arzt und der KVBB nach beigefügtem Muster (Anlage) gebunden.
- (3) Die Umsatzgarantie kann nur unter den Voraussetzungen gewährt werden, dass
 - 3.1. beim Vertragsarzt keine Umstände vorliegen, die die vertragsärztliche Tätigkeit einschränken,
 - 3.2. vor Antragstellung das Angebot der KVBB zur Niederlassungsberatung, betriebswirtschaftlichen Beratung, Abrechnungsberatung und Arzneimittelberatung in Anspruch genommen wurde,
 - 3.3. eine ausreichende versorgungsbedarfsgerechte Zahl Sprechstunden abgehalten werden (mindestens vier Vormittags- und zwei Nachmittagssprechstunden mit einer Mindestgesamtsprechstundenanzahl von 30 Stunden pro Woche einschließlich Hausbesuchstätigkeit) und die erforderliche Hausbesuche durchgeführt werden,
 - 3.4. in Krankheits- und Urlaubsfällen sowie bei sonstiger Abwesenheit eine ordnungsgemäße Vertretung durch den Arzt sichergestellt wird und
 - 3.5. der Vertragsarzt am organisierten Bereitschaftsdienst teilnimmt.
- (4) Wenn durch Ärzte der Fachgruppe, welcher der zu besetzende Vertragsarztsitz zuzurechnen ist, üblicherweise Leistungen erbracht werden, die an technische oder auch besondere Qualifikationsnachweise gebunden sind, kann mit der Zusage der Mindestumsatzgarantie die Auflage verbunden

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 15/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

werden, die notwendigen Voraussetzungen vorzuhalten bzw. zu erfüllen.

- (5) Eine Umsatzgarantie ist abzulehnen bzw. kann widerrufen werden, wenn

5.1. Zweifel bestehen, dass der Zweck der Förderung, die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung spürbar zu verbessern, erreicht wird, oder

5.2. die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch den Arzt nicht gewährleistet wird.

- (6) Die Zusage der Gewährung der Umsatzgarantie erfolgt darüber hinaus unter dem Vorbehalt eines Widerrufs bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten.

Bereits gezahlte Beträge können bei Widerruf zurückgefordert werden. Ein Rechtsmittel gegen den Widerruf bewirkt keinen Aufschub gegenüber der Rückzahlungsforderung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Beendet der Vertragsarzt, dem für seine Niederlassung eine Umsatzgarantie gewährt wurde, seine vertragsärztliche Tätigkeit an diesem Vertragsarztsitz vor Ablauf von fünf Jahren nach Aufnahme seiner vertragsärztlichen Tätigkeit, so kann der Differenzbetrag zurückgefordert werden, der sich nach Maßgabe der Ziffern 9.3. ff. des Absatzes 9 ergibt.

- (7) Die Ausgestaltung der Finanzierung obliegt dem Vorstand der KVBB.

- (8) Die Umsatzgarantie je Quartal beträgt grundsätzlich zwei Drittel des Durchschnittsumsatzes je Quartal der Fachärzte der gleichen Arztgruppe gem. Arztgruppensystematik des HVM. Der Durchschnitt ist aus den letzten vier vorhandenen Abrechnungsquartalen vor Beginn der Praxisaufnahme zu ermitteln und auf volle 1.000 € aufzurunden.

- (9) Der Zeitraum, für den eine Umsatzgarantie gewährt wird, beträgt acht Abrechnungsquartale und beginnt mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit. Fällt dieser Zeitpunkt in den Verlauf eines Quartals, so beginnt der Zeitraum mit dem

8.1. <hr/> 16/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Quartal, das auf die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit folgt und wird unter Beachtung nachfolgender Regelungen gewährt:

- 9.1. Dieser sich aus der Umsatzgarantie ergebende Anspruch wird in monatlichen Teilbeträgen gezahlt, die Regelungen zur Berechnung und Zahlung von Abschlagszahlungen gem. den Regelungen der Abrechnungsordnung der KVBB finden keine Anwendung.
- 9.2. Erfolgt die Aufnahme der Tätigkeit im Verlauf eines Quartals, erhält der Vertragsarzt eine anteilige monatliche Zahlung aus dem Umsatzgarantieanspruch unabhängig vom Garantiezeitraum.
- 9.3. Mit dem Anspruch aus der Umsatzgarantie wird der im jeweiligen Abrechnungsquartal gem. dem Honorarverteilungsmaßstab erzielte Vergütungsanspruch verrechnet.
- 9.4. Eine Verrechnung wird des Weiteren vorgenommen, sofern im Rahmen von Nachvergütungen einerseits und Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitätsprüfungen der Behandlungs- und Verordnungsweise, sachlichen oder rechnerischen Berichtigungsanträgen auch auf Antrag der Kostenträger andererseits Veränderungen am Quartalshonorar vorzunehmen sind.
- 9.5. Die endgültige Verrechnung erfolgt nach Abschluss des Gesamtzeitraumes.
- 9.6. Die Zusage einer Umsatzgarantie berührt nicht die Verpflichtung der Zahlung der Verwaltungskostenumlage vom erzielten Vergütungsanspruch bzw. Umsatzgarantiebetrag gem. den Bestimmungen der Abrechnungsordnung der KVBB. Die übrigen Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB bleiben unberührt.

Die unter Pkt. H) festgelegten Regelungen gelten ausschließlich für den Vertragsarzt, der in eigener Niederlassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 17/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

K) Praxisberatung

Auf Wunsch von Vertragsärzten oder niederlassungswilligen Ärzten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Praxisberatungen angeboten. Das Beratungsangebot für Vertragsärzte richtet sich hier insbesondere an Praxen mit wirtschaftlichen Problemstellungen. Niederlassungswillige Ärzte können sich bezüglich der Tragfähigkeit ihrer geplanten Existenzgründung betriebswirtschaftlich und abrechnungstechnisch beraten lassen.

L) Errichtung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1 SGB V im Rahmen des KV RegioMed Programms

- (1) Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung gem. § 105 Abs. 1 SGB V können als subsidiäre Struktur in einem Bereich errichtet werden, wenn
 - (a) der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V feststellt oder
 - (b) die Kassenärztliche Vereinigung einen Versorgungsbedarf in einer Region, die nicht von der Regelung nach (a) erfasst wird, ermittelt oder
 - (c) eine Verbesserung der Versorgungsstrukturqualität erreicht werden kann.

- (2) Die Entscheidung, ob in einem Bereich eine Eigeneinrichtung errichtet wird, ist von der Erfüllung der folgenden Kriterien abhängig.
 - 2.1 Bei der Errichtung von Eigeneinrichtungen unter den Bedingungen nach Absatz (1) (a) und (b) wird der Versorgungsbedarf anhand der folgenden Kriterien ermittelt:
 - Erhebung der Versorgungssituation (Daten):
 - a. Versorgungsgrad

8.1. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 18/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---	------------------------------	-------------------------------------

- b. Fallzahlen
- c. Wartezeiten
- d. Mitversorgungseffekte (Behandlung von Patienten anderer Regionen)
- e. Bevölkerungszahl, -entwicklung und -struktur
- f. Beschwerden
- g. Krankenhausstandorte und -angebote
- Analyse der Konkurrenzsituation:
 - h. Welcher Vertragsarzt erbringt wo seine Leistung?
 - i. Entfernung benachbarter Angebote
 - j. Verkehrsanbindung und Erreichbarkeit
- Wirtschaftlichkeitsanalyse:
 - k. Unter welchen Prämissen ist ein wirtschaftlicher Betrieb möglich?
 - l. Auswirkung auf umliegende Praxen
- Bewertung der Situation durch:
 - m. KVBB
 - n. Kreisbeiratsmitglieder
 - o. Berufsverbände
 - p. BD-Beauftragte

2.2 Bei der Errichtung von Eigeneinrichtungen unter der Bedingung nach Absatz (1) (c) erfolgt die Bewertung der Versorgungsstrukturqualität auf Basis der Zweigpraxisrichtlinie (Beschluss VV 16.11.2007). Somit liegt eine Verbesserung der Versorgungsstrukturqualität vor, wenn:

- a) weder am Ort oder im näheren Einzugsbereich Kollegen der Arztgruppe zugelassen sind, noch Vertragsärzte anderer Fachgruppen die betreffenden Leistungen anbieten oder
- b) am Ort bzw. im näheren Einzugsbereich grundsätzlich die Versorgung durch die Vertragsärzte sichergestellt ist, jedoch der Antragsteller vertragsärztliche Tätigkeiten erbringen will, die dort nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen oder
- c) sich die wohnortnahe Versorgung der Versicherten erheblich erleichtert und sich die bestehende unzumutbare Wartezeit verkürzt oder
- d) eine Vertragsarztpraxis fortgeführt werden soll, um eine Verschlechterung der Versorgung zu vermeiden.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 19/29
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- (3) In Eigeneinrichtungen können auch Ärzte im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit auf Honorarbasis beschäftigt werden. Die Nutzungsüberlassung wird in gesonderten Verträgen zu Art und Umfang der Nutzung und Vergütung der ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der zum Praxisbetrieb notwendigen Betriebs- und Personalkosten geregelt.
- (4) Die mit der Gründung und dem Betrieb der Eigeneinrichtung im Zusammenhang stehenden Investitions-, Management- und sonstigen Kosten werden zunächst aus dem Investitions- und Verwaltungshaushalt der KVBB finanziert. Die Refinanzierung erfolgt soweit möglich aus den erwirtschafteten Überschüssen der Eigeneinrichtung und im Weiteren über Zuschläge auf die anfallenden Verwaltungskostenumlage gemäß Abs. (7) und Abs. (8).
- (5) Die Vergütung der in der Eigeneinrichtung erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt analog zur Vergütung von Gemeinschaftspraxen, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V auf Basis des geltenden Honorarverteilungsmaßstabes bzw. weiterer relevanter. Eine davon abweichende Honorarverteilung im Innenverhältnis ist im Einvernehmen mit den dort tätigen Ärzten möglich.
- (6) Die Regelungen zur Höhe der Abschlagszahlungen gem. der Abrechnungsordnung der KVBB an die Eigeneinrichtung gelten grundsätzlich analog.
- (7) Die Vergütung ärztlicher Leistungen der Einrichtung unterliegt der Zahlung der Verwaltungskostenumlage gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB. Die übrigen Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB bleiben unberührt.
- (8) Für ggf. von der KVBB wahrgenommene Verwaltungsaufgaben können zusätzlich zu Abs. (6) Verwaltungskostenumlage erhoben und mit den Abschlags- bzw. Honorarzahungen an die Eigeneinrichtung verrechnet werden.

8.1. <hr/> 20/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

- (9) Ggf. von der KVBB getragene Investitions-, Management- und sonstigen Kosten sind im Fall einer Übernahme der Eigeneinrichtung durch den in ihr tätigen Arzt bzw. die in ihr tätigen Ärzte auszugleichen. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen dem bzw. den Ärzten und der KVBB zu schließen.

M) Förderung der Sicherstellung des organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes

- (1) Die Förderung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dient der Gewährleistung der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten auch in strukturschwachen Regionen im Land Brandenburg. Durch organisatorische Maßnahmen sollen Defizite in der flächendeckenden Versorgung vermieden werden.
- (2) Die nachfolgenden Regelungen gelten für alle am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte im Bereich der KVBB.
- (3) Die Strukturierung der Bereitschaftsdienstbezirke soll deren Zahl auf ca. 75 Bereitschaftsdienstbezirke für den allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst begrenzen. Die Lage und Größe wird durch Beschluss des Vorstandes mit dem Ziel festgelegt, eine den medizinischen Erfordernissen der notwendigen flächendeckenden Versorgung außerhalb der ambulanten Sprechzeiten Rechnung tragende Versorgungssituation sicherzustellen.
- (4) Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich aus den Mitteln, die gemäß der Vereinbarung zur Gesamtvergütung zur Verfügung stehen.
- (5) Durch Zahlung differenzierter Pauschalen für den allgemeinen ärztlichen und den fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst (Dienst- oder Fallpauschalen) sowie entfernungsabhängigen Wegepauschalen und ggf. einer Praxisvorhaltepauschale wird eine einheitliche und angemessene Vergütung der Teilnahme

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 21/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

am Bereitschaftsdienst sowie eine der flächenmäßigen Ausdehnung der Bereitschaftsdienstbezirke Rechnung tragende Vergütung der Fahrtkosten gewährleistet.

- (6) Gem. Honorarverteilungsmaßstab werden im Bereitschaftsdienst erbrachte ärztliche Leistungen anstelle der Vergütung gem. EBM mit den im Folgenden aufgeführten Pauschalen vergütet. Die kassenseitige Rechnungslegung im Rahmen der Abrechnung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bleibt hiervon unberührt.

6.1. Allgemeiner ärztlicher und kinderärztlicher Bereitschaftsdienst

Die Bereitschaftsdienstpauschalen für den allgemeinen ärztlichen und kinderärztlichen Bereitschaftsdienst betragen:

Montag bis Freitag

am Tage	07.00 bis 19.00 Uhr	250 Euro
in der Nacht	19.00 bis 07.00 Uhr	220 Euro

Samstag / Sonntag / Feiertag / 24.12. / 31.12.

am Tage	07.00 bis 19.00 Uhr	320 Euro
in der Nacht	19.00 bis 07.00 Uhr	250 Euro

Die Bereitschaftsdienstpauschalen werden als Vergütung für Dienste á 12 h je Bereitschaftsdienstbezirk festgelegt und an Hand der tatsächlichen Dienstdauer je Stunde und Bereitschaftsdienstbezirk durch Gewährung von Zu- und Abschlägen gezahlt. Die tatsächliche Dienstdauer im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. im kinderärztlichen Bereitschaftsdienst sollte dabei grundsätzlich am Montag, Dienstag und Donnerstag 12 h, am Mittwoch, Freitag und an Vorfeiertagen 18 h, am Samstag und an Sonn- und Feiertagen 24 h betragen.

Abweichende Dienstzeiten und Bereitschaftsdienstbezirke im allgemeinen ärztlichen und kinderärztlichen Bereitschaftsdienst können durch Splitting der Dienste oder Bezirke im Rahmen der regionalen Bereitschaftsdienstplanung festgelegt werden. In diesem Fall erfolgt die Vergütung entsprechend anteilig, wobei die Ermittlung der Anteile an der Bereitschaftsdienstpauschale im Falle des Splittings der Bereitschaftsdienstbezirke grundsätzlich auf Basis der regionalen Einwohnerverteilung vorgenommen wird.

8.1. <hr style="width: 50px; margin: 0 auto;"/> 22/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
---	------------------------------	-------------------------------------

6.2. Fachgebietsbezogene Bereitschaftsdienste

Die Fallpauschale für den HNO- Bereitschaftsdienst wird mit 35 € festgelegt.

Die Fallpauschale für den augenärztlichen Bereitschaftsdienst wird mit 30 € festgelegt.

Die Fallpauschale für den chirurgischen Bereitschaftsdienst beträgt 35 €. Im Falle der Gewährleistung einer Praxisvorhaltung pro Dienst von mindestens 5 h, kommt an den Wochentagen Mittwoch, Freitag, Sonnabend und Sonntag sowie an Feiertagen im chirurgischen Bereitschaftsdienst zusätzlich eine Praxisvorhaltepauschale von 150 € zum Ansatz.

Die Fallpauschale für sonstige fachgebietsbezogene Bereitschaftsdienste beträgt 20 €.

6.3. KV RegioMed Bereitschaftspraxen

Die ärztliche Tätigkeit in einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis (Eigeneinrichtung der KVBB) wird unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit als Pauschale je Stunde vergütet. Über die Höhe entscheidet der Vorstand.

(7) Abrechnung und Zahlungen

Die Regelungen zur Höhe der Abschlagszahlungen gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB gelten nicht für die Bereitschaftsdienstpauschalen und Fallpauschalen.

7.1. Die Vergütung über Bereitschaftsdienstpauschalen und Fallpauschalen bzw. der im Bereitschaftsdienst erbrachten entfernungsabhängigen Wegepauschalen unterliegt der Zahlung der Verwaltungskostenumlage gemäß Abrechnungsordnung zur Kostendeckung des mit der Umsetzung der Regelung verbundenen Aufwandes.

7.2. Die Leistungserbringung ist für alle Patienten auf dem Vordruckmuster 19 (Notfall-/Vertreterschein) zu dokumentieren.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 23/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

Die Abrechnung der Behandlung eigener Patienten im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist ebenfalls auf dem Vordruckmuster 19 vorzunehmen. Die übrigen Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB bleiben unberührt.

- 7.3. Die Zahlung der Pauschalen erfolgt auf der Grundlage der taggenau dem Bereitschaftsdienstmanagement vorliegenden Dienstplänen und der arztindividuellen Erklärung über die Teilnahme am Bereitschaftsdienst. Für zugelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V erfolgt die Zahlung der Pauschalen unabhängig von der Quartalsabrechnung. Für am Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärzte, die nicht Mitglieder der KV Brandenburg sind, erfolgt die Zahlung der Bereitschaftsdienstvergütung als Quartalsabrechnung. Der Einbehalt eines Sicherstellungsabschlages zur Finanzierung der im Rahmen der Bereitschaftsdienstorganisation vertraglich geregelten Inanspruchnahme zusätzlicher Dienstleistungen, der Verwaltungskostenumlage und zum Ausgleich der beim Arzt verbleibenden Zuzahlungen gem. § 28 Abs. 4 SGB V, ist möglich.
- 7.4. Die Zahlungen nach dieser Richtlinie stehen unter dem Vorbehalt der Überprüfung der Bereitschaftsdienstabrechnung auf Richtigkeit, Plausibilität und Vollständigkeit, einschließlich der diesbezüglichen Prüfung der im Rahmen der Quartalsabrechnung einzureichenden Behandlungsausweise.

(8) Bereitschaftsdienstmanagement

Neben der regionalen Planung der Bereitschaftsdienste erfolgen eine zentrale Dienstplanung der Bereitschaftspraxen sowie die Koordinierung der Dienstteilnahme. Dazu sind alle Änderungen der regionalen Durchführung durch den betreffenden Arzt rechtzeitig an das Bereitschaftsdienstmanagement weiterzugeben. Das Bereitschaftsdienstmanagement der KVBB stellt während seiner Dienstzeiten (Mo, Di, Do 08:00-20:00 Uhr, Mi, Fr 08:00- 14:00 Uhr) die tagaktuellen Daten dem durch die KBV gebundenen Dienstleister der bundesweit einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 116117 zur Verfügung. Außerhalb der Dienstzeiten des Bereitschaftsdienstmanagements der KVBB können kurzfristige Dienstplanänderungen direkt dem Call Center

8.1. <hr/> 24/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

der 116117 mitgeteilt werden, dazu erfolgt eine Rufumleitung der Servicrufnummer des Bereitschaftsdienstmanagements zur Rufnummer des Call Centers.

Patienten im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst werden über die bundesweit einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 an den diensthabenden Arzt des entsprechenden Bereitschaftsdienstbezirkes vermittelt.

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 25/29
-------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Anlage

Vertrag über die Gewährung einer Umsatzgarantie

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

vertreten durch den Vorstand
Gregor-Mendel-Str. 10/11, 14469 Potsdam

und

(Titel, Name, Vorname)
wohnhaft in

Nach §§ 72 Abs. 2, 75, 105 SGB V sowie gem. § 2 der Satzung hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und dabei entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern.

Zur Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg hat die Vertreterversammlung der KVBB erstmalig am 12. September 2003 ein Sicherstellungsstatut beschlossen. Auf der Grundlage der Bestimmungen gem. Abschnitt II Teil J des Sicherstellungsstatuts der KVBB wird dieser Vertrag über die Gewährung einer Umsatzgarantie geschlossen:

1. Die KVBB garantiert ... *(Titel, Name, Vorname)* ..., zugelassen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als ... *(FA-Bezeichnung)* ..., mit Wirkung vom ... *(Datum)*.... in ... *(Benennung des Vertragsarztsitzes)* ... zur Vergütung der Leistungen aus der vertragsärztlichen Tätigkeit

8.1. <hr/> 26/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

(Umsatz) unter den nachfolgenden Voraussetzungen und Bedingungen

vierteljährlich ...(*Betrag*) € (anteilig ... (*Betrag*) € für jeden vollen Monat) über einen Zeitraum von acht Abrechnungsquartalen.

Der Zeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit. Fällt der Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in den Verlauf eines Quartals, zählt dieses Quartal noch nicht zu den acht Quartalen des Satzes 1.

2. (*Titel, Name, Vorname*) ... verpflichtet sich:
 - a) die vertragsärztliche Tätigkeit in vollem Umfang und entsprechend den für Mitglieder der KVBB geltenden gesetzlichen, vertraglichen und satzungsmäßigen Bestimmungen auszuüben,
 - b) eine für die Versorgung der Versicherten ausreichende versorgungsbedarfsgerechte Zahl von Sprechstunden anzubieten, mindestens jedoch 4 Vormittags- und 2 Nachmittagssprechstunden mit einer Mindestgesamststundenanzahl von 30 Stunden pro Woche,
 - c) am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen,
 - d) die erforderlichen Hausbesuche durchzuführen,
 - e) in Krankheits- oder Urlaubsfällen und bei sonstiger Abwesenheit für eine ordnungsgemäße Vertretung durch einen Arzt - möglichst am Praxissitz - zu sorgen,
 - f) über die gesamte Zeitdauer des Vertrages monatlich seine erbrachten Fallzahlen an die KV Brandenburg zu melden,
 - g) vor Aufnahme der Niederlassungstätigkeit die Beratungsleistungen der KVBB (Niederlassungsberatung, betriebswirtschaftliche Beratung, Abrechnungsberatung, Arzneimittelberatung) genutzt zu haben.

3. (*Titel, Name, Vorname*) ... hat dafür Sorge zu tragen, dass der mit der Gewährung einer Umsatzgarantie verfolgte Zweck der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erreicht wird. Hierzu sind:

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 27/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

- a) nach den ersten 2 Quartalen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit 60 % der Fallzahlen der Praxis von ... (*Titel, Name, Vorname der Vorgängerpraxis*) ... nachzuweisen bzw. bei Praxisneugründung 45 % der durchschnittlichen Fallzahlen der letzten 4 zur Verfügung stehenden Quartale der jeweiligen Fachgruppe,
- b) nach Ablauf der ersten 4 Quartale seiner vertragsärztlichen Tätigkeit 80 % der Fallzahlen der Praxis von ... (*Titel, Name, Vorname der Vorgängerpraxis*) ... nachzuweisen bzw. bei Praxisneugründung 60 % der durchschnittlichen Fallzahlen der letzten 4 zur Verfügung stehenden Quartale der jeweiligen Fachgruppe
und
- c) nach Ablauf von 6 Quartalen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit entweder 100 % der Fallzahlen der Praxis von ... (*Titel, Name, Vorname der Vorgängerpraxis*) ... oder 100 % der durchschnittlichen Fallzahlen der jeweiligen Fachgruppe nachzuweisen.

Die Vergleichsfallzahl entspricht der durchschnittlichen Fallzahl von ... (*Zahl*) ... Behandlungsfällen in den letzten 4 heranzuziehenden Quartalen oder der Praxis von ... (*Titel, Name, Vorname der Vorgängerpraxis*) oder bei Praxisneugründung der durchschnittlichen Fallzahl der letzten 4 zur Verfügung stehenden Quartale der jeweiligen Fachgruppe von ... (*Zahl*) ... Behandlungsfällen.

Wird die unter a) geforderte Fallzahl nach 2 Quartalen nicht erreicht, so hat ... (*Titel, Name, Vorname*) ... der KVBB ein Konzept vorzulegen, welches geeignete Maßnahmen zur Stärkung der Praxisprofilierung und Praxisausrichtung beinhaltet.

Wird die unter b) nach 4 bzw. unter c) nach 6 Quartalen geforderte Fallzahl nicht erreicht, endet die Gewährung einer Umsatzgarantie zu diesem Zeitpunkt.

4. Die Zahlungen aus dieser Vereinbarung werden in monatlichen Teilbeträgen zu den Zeiten der Abschlagszahlungen durch die KVBB geleistet. Die Regelung zur Berechnung und Zahlung von Abschlagszahlungen gem. den Regelungen der Abrechnungsordnung der KVBB werden

8.1. <hr/> 28/29	Sicherstellungsstatut	Information der KVBB
----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

so lange nicht angewendet, wie das Honorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit niedriger als die gewährte Umsatzgarantie ist. Von der monatlichen gewährten Umsatzgarantie wird die vom ... (*Titel, Name, Vorname*) eingemommene Praxisgebühr durch die KVBB in Abzug gebracht. Erfolgt die Aufnahme der Tätigkeit im Verlauf eines

Quartals, erhält ... (*Titel, Name, Vorname*) ... eine anteilige monatliche Zahlung.

5. Die abgerechneten Leistungen eines Quartals werden nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und unter dem Vorbehalt einer Veränderung durch Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen nach den für die Mitglieder der KVBB geltenden Regelungen in einem Honorarbescheid ausgewiesen. Die Zahlungen aus dieser Vereinbarung werden mit dem sich im jeweiligen Abrechnungsquartal gem. den Regelungen zur Honorarverteilung gem. Satz 1 errechnenden Honorar verrechnet und unterliegen in gleicher Weise dem Abzug der Verwaltungskosten gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB. Eine endgültige Verrechnung erfolgt nach Abschluss des Gesamtzeitraumes von acht Abrechnungsquartalen.

6. Die KVBB ist berechtigt, bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, insbesondere der Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten und/oder bei Verletzung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, diesen Vertrag ohne Einhaltung von Fristen zu kündigen. Bereits gezahlte Beträge aus dieser Vereinbarung sind in diesem Fall durch ... (*Titel, Name, Vorname*) ... zurückzuzahlen. Ein Rechtsmittel gegen die Kündigung bewirkt keinen Aufschub gegenüber der sofort fälligen Rückzahlungsverpflichtung.

7. Beendet ... (*Titel, Name, Vorname*) ... die vertragsärztliche Tätigkeit am unter 1. genannten Praxissitz vor Ablauf von 5 Jahren, so kann durch die KVBB die Differenz aus der ggf. in den ersten

Information der KVBB	Sicherstellungsstatut	8.1. <hr/> 29/29
-------------------------------------	------------------------------	----------------------------

8 Abrechnungsquartalen durch Zahlung der Umsatzgarantie gegenüber dem tatsächlich erwirtschafteten Honorar erzielten Mehrbetrag zurückgefordert werden. ... (*Titel, Name, Vorname*) ... verpflichtet sich, diesen Mehrbetrag unverzüglich auszugleichen und stimmt, soweit ein entsprechender Saldo vorhanden ist, einer Aufrechnung in dessen Höhe zu.

8. Mündliche Absprachen sind nicht getroffen - Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.
9. Gerichtsstand für aus diesem Vertrag entstehende Streitigkeiten ist Potsdam.
10. Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder werden, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen soll eine angemessene Regelung treten, die dem Willen der Vereinbarungspartner sowie dem Sinn und Zweck der Vereinbarung entspricht.

Potsdam, den

Vorstand der KVBB

Vertragsarzt

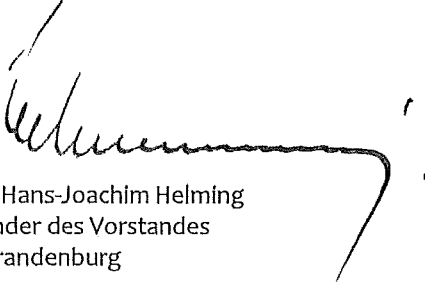

Beschluss Nr. 04/2015 der VI. Vertreterversammlung der KV Brandenburg am 04.09.2015

Die VI. Vertreterversammlung der KV Brandenburg beschließt mehrheitlich folgende Regelungen im Zusammenhang mit der Umstellung der Vergütungssystematik für Dienste in KV RegioMed Bereitschaftspraxen:


1. Die Vergütung der Ärzte in KV RegioMed Bereitschaftspraxen erfolgt ab dem 1. Januar 2016 auf Basis einer Einzelleistungsvergütung, wobei eine Mindestvergütung in Höhe von 50 EUR pro Stunde im Durchschnitt je Dienst gewährt wird.
2. Für die An- und Abfahrt sowie Vor- und Nachbereitung wird eine entfernungsabhängige Pauschale je Dienst in nachfolgender Höhe gewährt:

Entfernung (einfache Fahrt)	bis 15 km	15 km bis 30 km	über 30 km
An- & Abfahrtpauschale (je Dienst)	15 EUR	30 EUR	45 EUR

3. Auf die je Dienst in einer KV RegioMed Bereitschaftspraxis die Mindestvergütung je Stunde überschreitenden Umsatzanteile (exklusive der Pauschalen gem. Punkt 2) wird ein Kostensatz zur Refinanzierung der mit dem Betrieb der Praxis verbundenen Aufwendungen in Höhe von 40 % erhoben. Auf den resultierenden (verbleibenden) Gesamtbetrag (inklusive der Pauschalen gem. Punkt 2) werden die allgemeinen Verwaltungskosten angesetzt.



Dr. med. Hans-Joachim Helming
 Vorsitzender des Vorstandes
 der KV Brandenburg



Dr. med. Torsten Braunsdorf
 Präsident der Vertreterversammlung
 der KV Brandenburg



f.d.R.
 Franziska Ganschow
 Protokollantin