

**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, 08.03.2024, 14.06.2024, 14.02.2025 und 13.03.2026.

INHALT

Präambel	3
Abschnitt I - Allgemeine Pflichten	3
A) Sprechstundenregelung (Präsenzpflcht)	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 Beistellsystem 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 Praxiskontaktdaten 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-Arztsuche) 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 – SICHERSTELLUNGSMÄßNAHMEN

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-Arztsuche

Die Vertreterversammlung kann durch Beschluss finanzielle Entschädigungen für Vertragsärzte/Praxen zur Nutzung der eTS und der Online-Arztsuche 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. Honorarzahlen 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 Bereitschaftspraxen, der fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienste bzw. von Einsatzärzten in Bereitschaftsdienstregionen nach der ab dem 01.10.2025 geltenden Bereitschaftsdienstordnung erfolgt auf Basis einer Einzelleistungsvergütung gemäß EBM.
- (5) Zusätzlich wird eine nach der durchschnittlichen Dienstfrequenz in den Bereitschaftsdienstregionen gestaffelte Sicherstellungspauschale unabhängig von der Vergütung der geleisteten Dienste innerhalb der geplanten Dienstzeit nach folgendem Schema gewährt, um eine flächendeckende und kontinuierliche Dienstbesetzung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1b SGB V zu erreichen:

Dienstfrequenz bis 1,0:	60€/h
Dienstfrequenz größer 1,0 bis 1,4:	70€/h
Dienstfrequenz ab 1,5:	80€/h

An gesetzlichen Feiertagen, an Brückentagen sowie am 24.12. und 31.12. wird ein Zuschlag von 50% der vorgenannten Sicherstellungspauschale gewährt. Diese Vergütungsregelung gilt für alle Dienste, die an den o.g. Tagen beginnen bis zum regulären Dienstende ggf. am Folgetage.

Maßgeblich für die Bestimmung der quartalsweise zur Anwendung kommenden Sicherstellungspauschalen ist die prospektiv auf Basis der durchschnittlichen Dienstfrequenz des Vorjahres ermittelte und jährlich durch Vorstandsbeschluss festgelegte und in der Software bzw. Applikation und KV-Intern veröffentlichte Dienstfrequenz je Bereitschaftsdienstregion. Entsprechendes gilt für die Festlegung der Brückentage.

- (6) Die am Bereitschaftsdienst auf Basis einer Genehmigung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zahlen ein Nutzungsentgelt für die von der KVBB für den ärztlichen Bereitschaftsdienst gestellten räumlichen, personellen und sachlichen Betriebsmittel (einschließlich Fahrdienstleister und Unterkünfte) in Höhe von 15 € pro Stunde. Diese Regelungen gelten auch für den fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst, soweit der Vorstand nichts anderes bestimmt.

- (7) Für die An- und Abfahrt zur Bereitschaftspraxis und zum Standort des Einsatzarztes so- wie 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	30 km bis 45 km	über 45 km
An- und Abfahrtpauschale (je Dienst)	15 €	30 €	45 €	60 €

(8) Abrechnung und Zahlungen

- 8.1 Die Regelungen zur Höhe der Abschlagszahlungen gem. den Vorgaben der Abrechnungsordnung der KVBB gelten nicht für Ärztinnen bzw. Ärzte, die auf Basis einer Genehmigung am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Diese erhalten eine quartalsbezogene Abschlagszahlung i. H. v. 70% der Sicherstellungspauschale einschließlich der An- und Abfahrtpauschalen der durchgeführten und in der Software bzw. Applikation 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.

Die Dienstübernahme sowie die Dienstabgabe/-übernahme im Falle eines Diensttausches erfolgt eigenständig durch die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte in der Software bzw. Applikation. Im Übrigen bleiben die Regelungen der Bereitschaftsdienstordnung unberührt. Details werden durch Beschluss des Vorstands geregelt.

- 8.2 Die Vergütung im Bereitschaftsdienst unterliegt der Zahlung der Verwaltungskosten, des Nutzungsentgelts 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 Bereitschafts- dienst ist ebenfalls auf dem Vordruckmuster 19 vorzunehmen. Die übrigen Vorschriften über die Abrechnung von Leistungen bei der KVBB bleiben unberührt.

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

- 8.3 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.