

Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V

Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband

§ 1 Regelungsgegenstand

§ 2 Anerkennung

§ 3 Strukturvorgaben

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

§ 5 Weitere Strukturmaßnahmen auf Netzebene

§ 6 Versorgungsberichte

§ 7 Inkrafttreten

§ 1 Regelungsgegenstand

(1) Diese Rahmenvorgabe regelt die Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne der Rahmenvorgabe sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen, ambulanten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demographischen Situation. Ziel solcher Kooperationen ist, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern.

(2) Die Kooperation innerhalb von Praxisnetzen erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen. Die freie Arzt-Wahl und die freie Wahl anderer Gesundheitsberufe bleiben unberührt.

(3) Auf der Grundlage dieser Kriterien konkretisiert die Kassenärztliche Vereinigung in einer Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen und kann in begründeten Fällen, insbesondere bei regionalen Besonderheiten, von der Rahmenvorgabe abweichen.

§ 2 Anerkennung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung kann besonders förderungswürdige Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V anerkennen. Ein Praxisnetz ist besonders förderungswürdig, wenn die Voraussetzungen der §§ 3 und 4 erfüllt sind.

(2) Das Anerkennungsverfahren wird von der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung soll dazu eine Meldestelle einrichten. Eine Veröffentlichung der anerkannten

Netze sowie der Anerkennungsstufen soll durch die Kassenärztliche Vereinigung auf deren Website in geeigneter Weise erfolgen.

(3) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen durch die Praxisnetze mit Ablauf von 5 Jahren nach der Erst- bzw. Folgeanerkennung bzw. Wechsel der Anerkennungsstufe unaufgefordert erneut nachzuweisen. Die Anerkennung einer höheren Stufe setzt den erneuten Nachweis der Erfüllung der Anforderungen der Vorstufe(n) voraus.

(4) Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben, der Meldestelle nach § 2 Abs. 2 unverzüglich unaufgefordert mitzuteilen. Bei Änderungen, die sich auf Nachweise gemäß § 4 beziehen, legt die Kassenärztliche Vereinigung sachbezogene Fristen für die Anzeigepflicht fest. Die Kassenärztliche Vereinigung soll die Änderungsanzeige innerhalb von 4 Wochen bestätigen und ggf. feststellen, ob damit der Anerkennungsstatus betroffen ist und ggf. Maßnahmen benennen, die das anzeigende Netz ergreifen kann, um den Anerkennungsstatus zu erhalten. Werden die Voraussetzungen zur Anerkennung innerhalb der gesetzten Frist nicht nachgewiesen, wird die Anerkennung entsprechend angepasst oder entzogen.

§ 3 Strukturvorgaben

(1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:

1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen (Betriebsstätten). Zur Zählung werden die Hauptbetriebsstättennummern herangezogen. Aus folgenden Gründen kann von der Anzahl der Praxen abgewichen werden:
 - Versorgungsradius
 - Größe der Versorgungsregion
 - Bevölkerungsdichte
2. Teilnahme von mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1., 3., 4. oder 5. SGB V im Praxisnetz vertreten sein müssen.
3. Die Praxisnetze erfassen mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet.
4. Die teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammengeschlossen.
5. Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nrn. 1 - 4 seit mindestens zwei Jahren.
6. Das Praxisnetz unterhält Kooperationsvereinbarungen – unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 – und mit Bezug auf das Gebiet gemäß Nr. 3 mit mindestens jeweils einem Partner aus den nachfolgend genannten Bereichen:
 - einem Leistungserbringer zur Erbringung häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und / oder häuslicher Pflege gemäß § 36 SGB XI oder einer Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI
 - einem Heilmittelerbringer zur Versorgung gemäß § 32 SGB V oder mit weiteren Leistungserbringern, bzw. Einrichtungen, z.B. zur Versorgung mit Leistungen nach § 24c SGB V, § 37b SGBV, § 39a SGB V oder nach § 40 SGB V

- einem gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, bzw. einem entsprechenden Leistungserbringer, ersatzweise einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 SGB V

Von den genannten Kooperationsvereinbarungen sind mindestens zwei für die Anerkennung zur Basisstufe, mindestens drei Kooperationsvereinbarungen für die Anerkennungsstufe I nachzuweisen.

Die freie Wahl der Gesundheitsberufe für die Versicherten bleibt unberührt.

7. Die Vereinbarung von gemeinsamen Standards für die teilnehmenden Arztpraxen, insbesondere zu:

- Unabhängigkeit des Praxisnetzes gegenüber Dritten
- Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen
- Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement.

8. Nachweis von Managementstrukturen durch

- a) eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes („Netzbüro“) mit definierten Geschäftszeiten, benannten Ansprechpersonen und Kontaktmöglichkeiten
- b) einen Geschäftsführer (Netzmanager) und
- c) einen ärztlichen Leiter/ärztlichen Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7.

Die Funktionen gemäß b) und c) werden nicht in Personalunion ausgeübt.

(2) Die Nachweise erfolgen durch Vorlage des Gesellschafts- bzw. Genossenschaftsvertrages bzw. der Satzung, bei Abs. 1 Nr. 5 durch die Vorlage der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer, entsprechender Kooperationsvereinbarungen gemäß Abs. 1 Nr. 6 sowie bei Abs. 1 Nr. 8 durch Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen.

(3) Das Praxisnetz veröffentlicht die wesentlichen Informationen zum Praxisnetz, insbesondere Anschrift, Telefon, E-Mail, Geschäftsführung, Geschäftszeiten, „Netzbüro“, Ansprechpersonen, Kontaktmöglichkeiten, Erreichbarkeit, Netzpraxen, Praxisnetzbericht nach Anlage 1 auf einer Website.

(4) Im Falle einer Anerkennung und für den Zeitraum der Anerkennung kann die Geschäftsstelle des Praxisnetzes eine SMC-B ORG für den Zugang zur Telematikinfrastruktur bei der Gematik beantragen.

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

(1) Für die Anerkennung von Praxisnetzen gelten nachfolgende Versorgungsziele und Kriterien, die sich auf im Praxisnetz abgestimmte Maßnahmen und Routinen beziehen und denen jeweils der Netzgedanke einer intensivierten fachlichen und organisatorischen Zusammenarbeit zugrunde liegt:

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung – Kriterien:

- a) Patientensicherheit
- b) Therapiekoordination /Fallmanagement
- c) Befähigung / Information
- d) Barrierefreiheit im Praxisnetz
- e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement
- f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung – Kriterien:

- a) Gemeinsame Fallbesprechungen
- b) Netzzentrierte Qualitätszirkel
- c) Sichere elektronische Kommunikation
- d) Gemeinsame Dokumentationsstandards
- e) Wissens- und Informationsmanagement
- f) Interprofessioneller Austausch / Fortbildung mit Kooperationspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung – Kriterien:

- a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene
- b) Berücksichtigung der Patientenperspektive
- c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
- d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
- e) Qualitätsmanagement

(2) Die Nachweise für die genannten Kriterien sind in Anlage 1 aufgeführt. Sie sind als Stufenkatalog gefasst. Die Anerkennung erfolgt jeweils für die nachgewiesene Stufe.

(3) Eine Verpflichtung des Praxisnetzes zur Weiterentwicklung zur nächsten Stufe besteht nicht.

§ 5 Weitere Strukturmaßnahmen auf Netzebene

(1) Zur weiteren Etablierung kooperativer, wohnortnaher Versorgung können lokale/regionale Kooperationen, z.B. mit Kommunen, Kreisen oder mit institutionellen Akteuren aus den Bereichen Gesundheitsförderung und -prävention, eingegangen werden.

(2) Zur langfristigen Sicherung kooperativer Berufsausübung wird die frühzeitige Vermittlung im Rahmen von Aus- und Weiterbildung in Praxisnetzen angestrebt. Geeignete Maßnahmen, die auf Praxisnetzebene entwickelt werden können, sind insbesondere:

- Netzinterne Information zur Erlangung von Weiterbildungsbefugnissen und zur lehrärztlichen Tätigkeit an medizinischen Fakultäten
- Qualitätszirkel zur ärztlichen sowie zur interprofessionellen Aus- und Weiterbildung
- Angebot von sogenannten Train-the-Trainer-Fortbildungen für interessierte Weiterbilder und Weiterbilderinnen
- Einrichtung von ärztlichen Weiterbildungsstellen im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und Plätze für das Praktische Jahr im Rahmen der ärztlichen Ausbildung
- Kooperation mit regionalen Weiterbildungsverbänden

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt Aktivitäten der Praxisnetze durch Vermittlung geeigneter Ansprechpersonen, z.B. bei Ärztekammern und medizinischen Fakultäten.

(4) Die Aktivitäten und Maßnahmen gemäß der Absätze 2 und 3 und werden in die jährlichen Versorgungsberichte gemäß § 6 aufgenommen.

§ 6 Versorgungsberichte

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung führt die Praxisnetznummer gemeinsam mit der Betriebsstättennummer.

(2) Die Praxisnetze übermitteln der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich Versorgungsberichte gemäß Anlage 1 in Verbindung mit den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt den Netzen jeweils spezifische Strukturdaten gemäß Anlage 2 Abs. 3.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Daten gemäß Anlage 2 Abs. 4 zum Zwecke eines jährlichen Struktur-Monitorings.

§ 7 Inkrafttreten

Die Rahmenvorgabe tritt zum 15. September 2022 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Rahmenvorgabe vom 16.04.2013 außer Kraft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Rahmenvorgabe die notwendigen Anpassungen ihrer Richtlinien nach § 1 Abs. 3 vorzunehmen. Es sind Regelungen zu treffen, dass sich im (Folge-)Anerkennungsprozess befindliche Netze bis 6 Monate nach Inkrafttreten der überarbeiteten Richtlinien nach § 1 Abs. 3 nach den bislang gültigen Richtlinien anerkannt werden.

Die Rahmenvorgabe wird hiermit ausgefertigt:

Berlin, den 6. September 2022

Gez. Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender

Einvernehmensklärung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen:

Das Einvernehmen über die Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V und ihren Anlagen wird erklärt.

Gez. Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand

Anlage 1 zur Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- I. **Basis-Stufe**
- II. **Stufe 1**
- III. **Stufe II**
- IV. **Übersicht (Synopsis)**

Die nachfolgend genannten Nachweise beschreiben zum Teil Handlungsfelder, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Richtlinien konkretisiert werden.

Die zu den jeweiligen Kriterien genannten Nachweise beziehen sich sämtlich auf die Ebene des Praxisnetzes. „Netzstandard“ im Sinne dieser Rahmenvorgabe umfasst neben der Beschreibung ebenfalls deren regelmäßige, netzweite Abstimmung und Aktualisierung in den jeweils genannten Handlungsfeldern.

I. **Basis-Stufe**

1. **Versorgungsziel Patientenzentrierung**

a) Patientensicherheit

- (1) Medikationscheck: Nachzuweisen ist ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, mindestens im Bereich Polymedikation.
- (2) Netzinternes Fehlermanagement, z.B. Teilnahme an einem CIRS

b) Therapiekoordination / Fallmanagement

- (1) Netzstandard zur Therapiekoordination für vulnerable Patientengruppen für die Versorgung innerhalb und außerhalb des Netzes (in der Regel in Verbindung mit der regionalen Versorgungssituation gemäß Nr. 1f). Es sind Zielvorgaben für die Terminvermittlung im Netz sowie zu Kooperationspartnern beschrieben.

c) Befähigung / Information

- (1) Netzstandards zum Angebot von Patienteninformationen: Innerhalb des Netzes werden krankheitsspezifische Informationsmaterialien vorgehalten. Hierzu greift das Netz auf vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen zu (z.B. KBV-Patienteninformationen, ÄZQ, IQWiG, UPD).
- (2) Nachweis eines Informationsangebotes zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung und Patientenverbänden sowie psychosozialen Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informationsmaterialien und Adressen vorgehalten und regelmäßig aktualisiert.

d) Barrierefreiheit im Praxisnetz

- (1) Es liegt eine Bestandsaufnahme der barrierefreien Praxen vor. Diese sind durch das Netz benannt und die jeweils konkreten Bedingungen/Maßnahmen aufgeführt im Hinblick auf:
 - Raumgestaltung (zum Beispiel Aufzug mit Tonansage, Breite der Türen, Parkmöglichkeiten),
 - Kommunikation (z.B. leichte Sprache) und
 - Patienteninformation (Inhalt und niederschwelliger Zugang zur Information).
- (2) Handlungsabläufe zur Identifikation und Umsetzung weiterer Maßnahmen sind benannt.

e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement

- (1) Benennung eines Netz-Patientenbeauftragten und Beschreibung der Zuständigkeiten und Themen
- (2) Nachweis über eine geeignete Bekanntmachung/Information, dass der/die Patientenbeauftragte Ansprechperson für Patienten Anliegen, insbesondere Anliegen aus den Nrn. a) bis d), ist.
- (3) Es werden regelmäßige Analysen der tatsächlichen Wartezeiten (in den Praxen) durchgeführt, dokumentiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen entwickelt.

f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

- (1) Beschreibung der das Netz betreffenden regionalen Versorgungsanforderungen nach den formalen Vorgaben der jeweiligen KV, z.B. sozio-demographischer Kontext sowie besondere Versorgungsbereiche.

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

a) Gemeinsame Fallbesprechungen

- (1) Nachgewiesen werden regelmäßige ärztliche oder interprofessionelle Fallbesprechungen (z.B. Abstimmung Therapie, aufgetretene Komplikationen) mittels der Protokolle der durchgeführten Besprechungen, welche mindestens Datum, Teilnehmende, Besprechungsthema und das Ergebnis dokumentieren.

b) Netzzentrierte Qualitätszirkel

- (1) Die Netzstandards zu Qualitätszirkeln sind beschrieben: z.B. Jahresplanung zu Themen und Teilnehmenden.
- (2) Mindestens zwei Qualitätszirkel pro Jahr orientieren sich an den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach § 75 Abs.7 SGB V. Die Protokolle der Qualitätszirkel dienen als Nachweise.

c) Sichere (elektronische) Kommunikation

- (1) Definition von Standards zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netz, insbesondere zur Übermittlung bzw. Nutzung von Patientendaten
- (2) Benennung eines Datenschutzbeauftragten für das Netz
- (3) Benennung eines Informationssicherheitsbeauftragten für das Netz

d) Gemeinsame Dokumentationsstandards

- (1) Nachweis netzinterner Standards und Regelungen zur einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation sowie zur Dokumentation von Fallbesprechungen gemäß Nr. 2 a) und interprofessionellen Fortbildungen gemäß Nr. 2 f)

e) Wissens- und Informationsmanagement

- (1) Digitale Verfügbarkeit von Therapiestandards (insbesondere Leitlinien, netzadaptierte Behandlungspfade) und Fortbildungen gemäß Nr.2 f) des Netzes

f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6

- (1) Nachgewiesen wird jährlich mindestens eine Fortbildung gemäß Kategorie C gemäß § 6 der (Muster-) Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer zu ausgewählten Versorgungsbereichen mit Netzmitgliedern und Kooperationspartnern. Dokumentiert werden mindestens Datum, Dauer, Teilnehmende, Veranstaltungsformat, Thema. Die Fortbildung soll von der zuständigen Landesärztekammer anerkannt sein.

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz

a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

- (1) Nachweis durch einen jährlichen Netzbericht im elektronischen Format an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele anhand der Nachweise dokumentiert.
Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt in ihren Richtlinien, welche Nachweise gemäß dieser Anlage zur jährlichen Berichterstattung vorzulegen sind.

b) Berücksichtigung der Patientenperspektive

- (1) Nachweis zum Beschwerdemanagement und zum Verfahren mit Patientenrückmeldungen:
Erfassung der relevanten Handlungsabläufe innerhalb des Netzes sowie gegenüber Kooperationspartnern und Patienten: z.B. Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll sowie zur Einbeziehung des Patientenbeauftragten gemäß Basisstufe Nr.1 e

c) Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

e) Qualitätsmanagement

- (1) Maßnahmenplan inklusive Zuständigkeiten zur Einführung eines QM-Systems für das Netzmanagement und die Netzstruktur liegt vor

II. Stufe I

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

a) Patientensicherheit

- (1) Nachweis eines Konzeptes zum rationalen Einsatz von Antibiotika
- (2) Nachweis netzinterner Absprachen zur Verwendung des bundeseinheitlichen Medikationsplans nach § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V, z.B. zur Aufklärung/Kommunikation in Form von Erläuterungen in leicht verständlicher Sprache oder zum Verfahren bei Verordnungen von mehreren Ärzten/Ärztinnen durch Benennung der verordnenden Praxis, bzw. des Arztes / der Ärztin

b) Therapiekoordination / Fallmanagement

- (1) Nachweis der Therapiekoordination für Netzpatienten im Sinne einer individuellen, fallbezogenen Organisation der Versorgung durch interne und externe Kommunikation und Kooperation. Nachgewiesen wird diese Koordination z.B. durch netzspezifische Ablaufprotokolle, Pfade oder Standards, die sich auf den Umgang und die Weitergabe von sowie den Zugang zu patientenbezogenen Informationen beziehen und verbindliche Kooperationsregeln mit weiteren Leistungserbringern beschreiben.
- (2) Netzstandards zur Versorgung in der Häuslichkeit, z.B. in Form einer interprofessionellen Checkliste für Netzmitglieder wie Kooperationspartner
- (3) Nachweis einer Netz-Checkliste zur Überleitung innerhalb und außerhalb des Netzes

c) Befähigung / Information

- (1) Förderung der Gesundheitskompetenz durch Nachweis zu Schulungsangeboten (ggf. auch durch Kooperationspartner) für Patienten und/oder Angehörige zu mindestens zwei medizinischen Indikationen, z.B. Asthma, Rheuma oder Angehörigenschulungen zu Demenz-Erkrankungen.

d) Barrierefreiheit im Netz

- (1) Nachweis eines netzbezogenen Maßnahmenplans zur weiteren Umsetzung von Barrierefreiheit im Praxisnetz (Priorisierung möglich) innerhalb des Anerkennungszeitraums. Barrierefreiheit bezieht sich im Wesentlichen auf die Raumgestaltung, auf die Kommunikation und Patienteninformationen.

e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement

- (1) Bericht des Netz-Patientenbeauftragten i.V.m. Basisstufe, Nr.1 e zur Analyse der Wartezeiten und weiteren Themen, die sich aus Patientenrückmeldungen ergeben.

f) spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

- (1) Identifizierung zentraler Handlungsfelder des Netzes mit einer konkreten Zeit- und Maßnahmenplanung in Abstimmung mit der KV.

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

a) Gemeinsame Fallbesprechungen

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

b) Netzzentrierte Qualitätszirkel

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

c) Sichere (elektronische) Kommunikation

- (1) Netzstandard zu Telekonsilen nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte mittels eines nach BMV-Ä zertifizierten Anbieters

d) Gemeinsame Dokumentationsstandards

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

e) Wissens- und Informationsmanagement

- (1) Netzadaptierte Behandlungspfade für mindestens zwei ausgewählte Indikationen (Patientengruppen)

f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartner gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6

- (1) Nachweis eines jährlichen Kooperationspartnermeetings zur Prozessoptimierung der koordinierten und kooperativen Patientenversorgung mittels Protokoll (Mindestangaben: Datum, Ort, Teilnehmer, Tagesordnung/Veranstaltungsprogramm)

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz

a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

- (1) Nachweis durch einen jährlichen Netzbericht im elektronischen Format an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele anhand der Nachweise dokumentiert.
Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt in ihren Richtlinien, welche Nachweise gemäß dieser Anlage zur jährlichen Berichterstattung vorzulegen sind.

b) Berücksichtigung Patientenperspektive

- (1) Netzstandards zur Auswertung der Patienten-Rückmeldungen sowie zur Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen.

c) Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz

- (1) Netzstandards zu Behandlungsprozessen und/oder –pfaden zu häufigen oder ausgewählten Indikationen, insbesondere in Bezug auf die netzspezifische Versorgung gemäß Nr. 1f

d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

- (1) Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen, z.B. Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen, zur Auswertung der KH-Einweisungen oder zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und hier z.B. für die drei häufigsten Doppeluntersuchungen innerhalb des Netzes.

e) Qualitätsmanagement

(1) Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Netz zu Netzmanagement und Netzstruktur:

1. Beschreibung der abgestimmten QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz
2. Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Netz
3. Qualitätsziele / Maßnahmenpläne für kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen

III. Stufe II

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

a) Patientensicherheit

- (1) Netzstandard zu Arzneimitteltherapie-Sicherheit (AMTS) vorhanden
- (2) Netzstandard zum Medikationscheck für definierte (multimorbide) Patientengruppen

b) Therapiekoordination / Fallmanagement

- (1) Netzstandard zur Nutzung einer fallbezogenen, gemeinsamen Datenbasis (elektronische Fallakte)

c) Befähigung / Information

- (1) Angebote und Maßnahmen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B. themenbezogene Netz-Veranstaltungen mit Partnern, z.B. aus Selbsthilfe oder Patientenverbänden auf lokaler Ebene

d) Barrierefreiheit im Netz

- (1) Schulungsmaßnahmen und -angebote für Praxen und Kooperationspartner, z.B. Sensibilisierung beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen, bei Fremdsprachigkeit oder zu leichter Sprache

e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement

- (1) Patientenbefragungen werden i.V.m. Nrn. 3 b (Patientenrückmeldungen, Beschwerdemanagement) sowie in Abstimmung mit dem/der Patientenbeauftragten konzipiert und durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die weitere Entwicklung ein.

f) spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

- (1) Unter Berücksichtigung von Basis-Stufe Nr. 1f) und Stufe I Nr. 1 f) wird der Nachweis von der KV definiert.

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

a) Gemeinsame Fallbesprechungen

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

b) Netzzentrierte Qualitätszirkel

(1) Datengestützte(r) Netzqualitätszirkel: regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz, Darlegung der Ergebnisse.

c) Sichere (elektronische) Kommunikation

(1) Maßnahmenplan zur Einführung eines Informationssicherheitsmanagementsystems (ISMS): Verfahren und Regeln, die dazu dienen, die Informationssicherheit im Netz zu definieren, zu steuern, zu prüfen, aufrechtzuerhalten und fortlaufend zu verbessern.

d) Gemeinsame Dokumentationsstandards

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

e) Wissens- und Informationsmanagement

(1) Zugang zu ausgewählten, Hersteller-unabhängigen Datenbanken auf Netzebene, z.B. Cochrane Library

f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6

(1) Netzstandard zu peer-reviews in den beteiligten Professionen, interprofessioneller Austausch

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz

a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

(1) Nachweis durch einen jährlichen Netzbericht im elektronischen Format an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele anhand der Nachweise dokumentiert.

Die Kassenärztliche Vereinigung bestimmt in ihren Richtlinien, welche Nachweise gemäß dieser Anlage zur jährlichen Berichterstattung vorzulegen sind.

b) Berücksichtigung Patientenperspektive

(1) Netzzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt / Arztpraxis und Nutzung validierter Fragebögen, die insbesondere folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertungen der Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen / Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes.

c) Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

(1) Netzstandard zur Vermeidung von Notfällen, z.B. mittels Kriseninterventionsplänen bei chronischen Erkrankungen (Patientenbefähigung und Erreichbarkeiten) oder Benennung von Ansprechpersonen

e) Qualitätsmanagement

(1) Audits durch die Netzgeschäftsstelle durchgeführt oder extern vergeben

(2) Nutzung und Weiterentwicklung eines QM im Bereich der Geschäftsstelle des Netzes

(3) Nutzung anerkannter QM-Systeme bzw. -verfahren

IV. Synopse

Basis-Stufe

| Patientenzentrierung | Kooperative Berufsausübung | Verbesserte Effizienz |
|---|---|---|
| a) Patientensicherheit Medikationscheck, mind. Polymedikation Netzinternes Fehlermanagement, z.B. Teilnahme an einem CIRS | a) Gemeinsame Fallbesprechungen regelmäßige Fallbesprechungen (ärztlich oder interprofessionell) | a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene jährlicher Bericht |
| b) Therapiekoordination /Fallmanagement Koordination für vulnerable Patientengruppen netzintern und -extern Zielvorgaben für Terminvermittlung im Netz u. Kooperationspartnern | b) Netzzentrierte Qualitätszirkel Netzstandards zu Qualitätszirkeln, zwei p.a. orientiert an KV-Standard | b) Berücksichtigung der Patientenperspektive Beschwerdemanagement / Verfahren zu Patientenrückmeldungen |
| c) Befähigung / Information Netzstandards für Angebot an Patienteninformationen (vorhandene Quellen: KBV, ÄZQ, IQWiG, UPD) Info-Angebot (Adressen, Materialien) zu Selbsthilfe, Pflege- u. Patientenberatung | c) Sichere (elektronische) Kommunikation Standards zu Kommunikationsmedien u. –wegen DS-Beauftragter, IS-Beauftragter | c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen Kein Nachweis |
| d) Barrierefreiheit im Praxisnetz Bestandsaufnahme Barrierefreie Praxen (räumlich, Kommunikation, Patienteninfo) konkrete Maßnahmen identifiziert, Umsetzungsplanung beschrieben | d) Gemeinsame Dokumentationsstandards Netzstandards zur Befund-, Behandlungs- u. Fallbesprechungsdokumentation | d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen Kein Nachweis |
| e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement Netz-Patientenbeauftragten, Beschreibung Zuständigkeiten, Bekanntmachung Regelmäßige Analyse der Wartezeiten, Verbesserungsmaßnahmen | e) Wissens- und Informationsmanagement digitale Verfügbarkeit von Therapiestandards, insbesondere Behandlungspfade, Leitlinien und Fortbildung gem. Nr. f) | e) Qualitätsmanagement Maßnahmenplan/Zuständigkeiten zur Einführung eines QM auf Netzebene erfasst |
| f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen Netzbezogene regionale Versorgungssituation beschrieben | f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6 1 Fallkonferenz (Kat. C der Fortbildungsordnung) p.a., mit den Kooperationspartnern | |

Stufe I

| Patientenzentrierung | Kooperative Berufsausübung | Verbesserte Effizienz |
|--|---|--|
| a) Patientensicherheit Netzstandard zur rationalen Antibiotika-Therapie Bundeseinheitlicher Medikationsplan: Netzstandard | a) Gemeinsame Fallbesprechungen kein Nachweis | a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene jährlicher Bericht |
| b) Therapiekoordination /Fallmanagement Fallmanagement für Netzpatienten Checkliste Überleitung intern/extern Netzstandards zur Versorgung in der Häuslichkeit, z.B. interprofessionelle Checkliste | b) Netzzentrierte Qualitätszirkel kein Nachweis | b) Berücksichtigung der Patientenperspektive Netzstandards zur Auswertung der Rückmeldungen sowie zur Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen |
| c) Befähigung / Information Schulungsangebote zur Förderung Gesundheitskompetenz in mind. 2 med. Indikationen (ggf. durch Koop.-Partner) | c) Sichere (elektronische) Kommunikation Netzstandards zu Telekonsilen | c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen Netzstandards zu Behandlungsprozessen zu ausgewählten Indikationen (netzspezifische Versorgung gemäß Nr. 1f) |
| d) Barrierefreiheit im Praxisnetz Netzbezogener Maßnahmenplan zur weiteren Umsetzung von Barrierefreiheit | d) Gemeinsame Dokumentationsstandards Kein Nachweis | d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen, z.B.: Wiederholungsverschreibungen, Doppeluntersuchungen |
| e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement Jährlicher Bericht des Patientenbeauftragten (Patientenrückmeldungen, Wartezeitenanalysen) | e) Wissens- und Informationsmanagement Netzadaptierte Behandlungspfade für min. 2 Indikationen | e) Qualitätsmanagement QM eingeführt (Relevante Prozesse geregelt und umgesetzt) |
| f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen Zentrale Handlungsfelder identifiziert, Maßnahmenplanung in Abstimmung mit KV | f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6 Jährliches Kooperationspartner-Meeting zur Prozessoptimierung | |

Stufe II

| Patientenzentrierung | Kooperative Berufsausübung | Verbesserte Effizienz |
|--|---|---|
| a) Patientensicherheit ATMS-Konzept Medikationscheck für definierte (multimorbide) Patientengruppen | a) Gemeinsame Fallbesprechungen kein Nachweis | a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene Netzbericht |
| b) Therapiekoordination / Fallmanagement Netzstandard zur fallbezogenen, gemeinsamen Datenbasis (elektronische Fallakte) | b) Netzzentrierte Qualitätszirkel Etablierung von datengestützten Netzqualitätszirkeln, Monitoring der Ergebnisse | b) Berücksichtigung der Patientenperspektive Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen Netz-intern abgestimmte Befragungen |
| c) Befähigung / Information Maßnahmen /Angebote zur informierten Entscheidungsfindung z.B. themenbezogene Netzveranstaltungen mit Partnern aus SH auf lokaler Ebene) | c) Sichere (elektronische) Kommunikation Einführung ISMS | c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen kein Nachweis |
| d) Barrierefreiheit im Praxisnetz Schulungsmaßnahmen und -angebote für Praxen und Kooperationspartner | d) Gemeinsame Dokumentationsstandards Kein Nachweis | d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen Netzstandard zur Vermeidung von Notfällen, Kriseninterventionspläne |
| e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement Patientenbefragungen (in Abstimmung mit Patientenbeauftragten) | e) Wissens- und Informationsmanagement Zugang zu ausgewählten, hersteller- unabhängigen Datenbanken auf Netzebene (Informationsplattform vorhanden) | e) Qualitätsmanagement Durchführung von Audits (Netz-GS) Nutzung QM für Netz-GS Nutzung anerkannter QM-Systeme |
| f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen Nachweis wird von KV beschrieben (auf Grundlage Basisstufe und Stufe 1) | f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6 Netzstandards zu peer-reviews in den beteiligten Professionen, interprofessioneller Austausch | |

Anlage 2 zur Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich Versorgungsberichte mit Qualitäts- und Strukturdaten, welche eine Überprüfung der Versorgungsziele ermöglichen.
- (2) Die Praxisnetze liefern dazu Daten des vorangegangenen Jahres (Berichtsjahr) an die Kassenärztliche Vereinigung nach dieser Rahmenvorgabe, die in den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen konkretisiert sind.
- (3) Das Praxisnetz erhält Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß. Nr. 1 – 7. Die Kassenärztliche Vereinigung kann in ihrer Richtlinie weitere Datenlieferungen festlegen.
- (4) An die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung jährlich bis zum 30.09. Daten des vorangegangenen Jahres je Praxisnetz gemäß der Nrn 1 –12.
- (5) Die Datenübertragung der Kassenärztlichen Vereinigungen an die KBV erfolgt auf gesichertem Weg. Die KBV veröffentlicht jährlich einen sogenannten Praxisnetzbericht auf ihrer Website.

| Nr. | Inhalt | Format |
|-----|---|---|
| 1 | Praxisnetz-Nummer (PNR) | 5-stellig alphanumerisch Die ersten beiden Stellen sind die Ziffern des KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssels |
| 2 | Akkreditierungsstufe des PN | Aufzählungstyp mit einem der Werte B, 1 oder 2 |
| 3 | Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (Personenzählung, inkl. angestellte Ärzte) | numerisch |
| 4 | Anzahl aller teilnehmenden Arztpraxen | numerisch |
| 5 | Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das PN abgedeckt werden (gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3) | Alle PLZ des Netzes (5-stellige Ziffernfolge, komma-separiert) |
| 6 | Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen | Liste und Anzahl je Zulassungsfachgruppe |
| | BAR-Code der Zulassungsfachgruppen | zweistellige Fachgruppencodierung für die 8.+9. Stelle der LANR, BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 35 |

| | | |
|----|---|---|
| 7 | Anzahl der behandelten Patienten (Personen) | numerisch |
| 8 | Name des Praxisnetzes (Kurzform) | Text, max. 100 Zeichen |
| 9 | Rechtsform des Praxisnetzes | Auswahlliste: Personengesellschaft eingetr. Genossenschaft eingetr. Verein GmbH |
| 10 | Webadresse des Praxisnetzes | hyperlink |
| 11 | Kooperationspartner des Praxisnetzes (Liste/Formular) | Auswahlliste (Mehrfachnennung) /Anzahl je Item: Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI) Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) Heilmittelerbringer (§ 32 SGB V): Leistungserbringer gem. § 24c SGB V Leistungserbringer gem. § 37b SGB V Leistungserbringer gem.§ 39a SGB V Leistungserbringer gem. § 40 SGB V Andere: (Freitext) Zugelassenes Krankenhaus (§ 108 SGB V) Vorsorge-/Reha-Einrichtung (§ 107 Abs. 2 SGB V) |
| 12 | Weitere Strukturelemente auf Netzebene (sofern vorhanden) | |
| | 1. Anzahl Weiterbildungsbefugte | numerisch |
| | 2. Anzahl Lehrärzte | numerisch |
| | 3. Anzahl Weiterzubildende | numerisch |
| | 4. Anzahl PJ-Studierende | numerisch |
| | 5. Teilnahme Weiterbildungsverbund | Auswahl: ja / nein |