

**Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
zur Anerkennung von Praxisnetzen
auf der Grundlage der Rahmenvorgaben der KBV
nach § 87b Abs. 4 SGB V**

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Regelungsgegenstand.....	2
§ 2 Anerkennung.....	2
§ 3 Strukturvorgaben.....	3
§ 4 Versorgungsziele und Kriterien.....	4
§ 5 Versorgungsberichte.....	5
§ 6 Förderungsumfang.....	5
§ 7 Inkrafttreten.....	5

Anlage 1 – Nachweise zur Erfüllung der Versorgungsziele

Anlage 2 – Versorgungsberichte der KV Berlin

§ 1 Regelungsgegenstand

- (1) Diese Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen auf der Grundlage der Rahmenvorgaben der KBV gemäß § 87b Absatz 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demographischen Situation in Berlin. 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 Arztwahl und die freie Wahl anderer Gesundheitsberufe durch die Patienten bleiben unberührt.
- (3) Auf der Grundlage der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen definierten Kriterien konkretisiert die KV Berlin in dieser Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen und kann in begründeten Fällen, insbesondere bei regionalen Besonderheiten, von der Rahmenvorgabe abweichen.

§ 2 Anerkennung

- (1) Die Vertreterversammlung der KV Berlin kann besonders förderungswürdige Praxisnetze gemäß § 87b SGB V anerkennen. Ein Praxisnetz ist besonders förderungswürdig, wenn die Voraussetzungen der §§ 3 und 4 erfüllt sind. Die Vertreterversammlung der KV Berlin kann in besonderen oder speziellen Einzelfällen von diesen Voraussetzungen Ausnahmen zulassen.
- (2) Das Anerkennungsverfahren wird von der KV Berlin durchgeführt. Hierfür hat die KV Berlin eine Meldestelle eingerichtet:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Meldestelle „Praxisnetze“
Masurenallee 6A
14057 Berlin

- (3) Zur Beantragung der Anerkennung eines Praxisnetzes gemäß dieser Richtlinie senden die Praxisnetze den Antrag zusammen mit den nach §§ 3 und 4 geforderten Nachweisen an die Meldestelle nach § 2 Abs. 2.
- (4) Über die Anerkennungsanträge entscheidet die Vertreterversammlung der KV Berlin in der Reihenfolge des vollständigen Antragseingangs. Die Praxisnetze erhalten einen schriftlichen Bescheid, ob und für welche Stufe das Netz anerkannt wird. Die KV Berlin prüft die Vorgaben der §§ 3 und 4.
- (5) Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 sowie Änderungen hinsichtlich der Versorgungsziele und Kriterien gemäß § 4 Abs. 1 der KV Berlin unverzüglich anzuzeigen.

- (6) Die KV Berlin bestätigt die Änderungsanzeige innerhalb von vier Wochen und stellt ggf. nachfolgend fest, ob mit der Änderung der Anerkennungsstatus betroffen ist und ggf. welche Maßnahmen das anzeigende Netz ergreifen kann, um den Anerkennungsstatus innerhalb eines von der KV Berlin vorgegebenen Zeitraums wieder zu erhalten. Ein Neuantrag ist während dieses Zeitraumes nicht notwendig.
- (7) Bei Nichterfüllung dieser Verpflichtungen oder der Voraussetzungen der §§ 3 und 4 kann die Anerkennung widerrufen werden.
- (8) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung von Praxisnetzen sind die Anforderungen gemäß der §§ 3 und 4 nach Ablauf von fünf Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut nachzuweisen. Weist das anerkannte Praxisnetz die Anforderungen nicht rechtzeitig und vollständig nach, kann die Anerkennung widerrufen werden.
- (9) Die Veröffentlichung der anerkannten Praxisnetze erfolgt auf der Internetseite der KV Berlin.

§ 3 Strukturvorgaben

- (1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:
 1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen (Teilnahme an nur einem Praxisnetz möglich!). Aus folgenden Gründen kann ggf. von diesen Vorgaben abgewichen werden:
 - ⇒ Größe der Versorgungsregion des Netzwerkes
 - Bevölkerungsdichte der Versorgungsregion des Netzwerkes
 2. Teilnahme von mindestens drei Fachgruppen, wobei Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1 Nrn. 1, 3, 4 oder 5 SGB V im Praxisnetz vertreten sein müssen.
 3. Das Praxisnetz erfasst mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet ab.
 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 den Nrn. 1 bis 4 seit mindestens drei Jahren.
 6. Das Praxisnetz unterhält eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 mit mindestens einem nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie) oder einem stationären Leistungserbringer. Die freie Wahl der Gesundheitsberufe bleibt unberührt.

7. Die Vereinbarung von gemeinsamen Standards für die teilnehmenden Arztpraxen, insbesondere zu:
 - Unabhängigkeit gegenüber Dritten
 - Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen
 - Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement

8. Nachweis der folgenden Organisationsstruktur durch:
 - eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes
 - einen Geschäftsführer
 - einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7

9. Die Nachweise erfolgen durch die Vorlage folgender Dokumente bei der Meldestelle der KV Berlin:
 - Gesellschaftervertrag bzw. der Satzung des Praxisnetzes
 - Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer Berlin (Abs. 1 Nr. 5)
 - Kooperationsvereinbarung/en (Abs. 1 Nr. 6)
 - Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen (Abs. 1 Nr. 8)
 - Liste der Netzpraxen in elektronischer Form (Excel-Datei) mit Angabe der Einzelmitglieder, der jeweiligen Fachgruppe, der Betriebsstättennummer (BSNR) sowie der Praxisanschrift

Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß Abs. 1 sind der Meldestelle der KV Berlin unverzüglich anzuzeigen.

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

- (1) Für die Anerkennung von Praxisnetzen gelten nachfolgende Versorgungsziele und Kriterien:
 1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“
 - a. Patientensicherheit
 - b. Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung
 - c. Befähigung/Information
 - d. Barrierefreiheit im Praxisnetz

 2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“
 - a. Gemeinsame Fallbesprechungen
 - b. Netzzentrierte Qualitätszirkel
 - c. Sichere elektronische Kommunikation
 - d. Gemeinsame Dokumentationsstandards
 - e. Wissens- und Informationsmanagement
 - f. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

3. Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung“

- a. Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene
- b. Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive
- c. Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
- d. Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
- e. Nutzung von 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. Es können mehrere Stufen zusammen nachgewiesen werden.
- (3) Die Nachweise der Basis-Stufe (vgl. Anlage 1, II) sind Entscheidungsgrundlage. Alle anderen Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die KV Berlin kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.
- (4) Eine Verpflichtung des Netzes zur Weiterentwicklung zur nächsten Stufe besteht nicht.

§ 5 Versorgungsberichte

- (1) Anerkannte Praxisnetze erhalten eine Praxisnetz-Nummer (PNR).
- (2) Zur Erstellung des Versorgungsberichtes übermittelt die KV Berlin den Netzen jeweils bis zum 30.06. eines Jahres die aus der Abrechnung der Netzpraxen gewonnenen spezifischen Strukturdaten gemäß Anlage 2 Nrn. 1 bis 8. Die anerkannten Praxisnetze übermitteln der KV Berlin jährlich bis zum Ende des Kalenderjahres die Versorgungsberichte gemäß Anlage 1, II. Basis-Stufe. Der erste Versorgungsbericht ist zum Ende des auf die Anerkennung folgenden Jahres vorzulegen.
- (3) Die KV Berlin übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die aggregierten Übersichten zu den Versorgungsberichten gemäß Abs. 2 zur Fortentwicklung der Rahmenvorgaben. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.

§ 6 Vergütung / Förderungsumfang

Die KV Berlin kann die nach dieser Richtlinie anerkannten Praxisnetze fördern. Näheres dazu wird gesondert geregelt.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit ihrer Veröffentlichung im Mitteilungsblatt der KV Berlin (KV-Blatt) in Kraft.

Berlin, den 3.6.2014

Kassenärztliche Vereinigung Berlin



Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-Köhn
Stellv. Vorsitzende der Vertreterversammlung

Anlage 1

der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

– Nachweise zur Erfüllung der Versorgungsziele –

Inhaltsverzeichnis

I.	Stufenkatalog.....	2
II.	Basis-Stufe.....	2
III.	Stufe I.....	5
IV.	Stufe II.....	8
V.	Übersicht.....	11

I. Stufenkatalog

Die Richtlinie der KV Berlin auf der Grundlage der Rahmenvorgaben der KBV zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V definiert Versorgungsziele sowie Kriterien, die die Erreichung dieser Ziele abbilden. Die Erfüllung dieser Kriterien kann stufenweise nachgewiesen werden.

Die Nachweise der Basis-Stufe sind verbindlich, die Nachweise der übrigen Stufen sind beispielhaft aufgeführt. Die Vertreterversammlung der KV Berlin behält sich vor, andere gleichwertige Nachweise anzuerkennen.

II. Basis-Stufe

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“

a) Kriterium „Patientensicherheit“

- Medikationscheck: Nachzuweisen ist ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, z.B. im Bereich Polymedikation sowie die Festlegung interner Grundsätze zur Arzneimitteltherapie
- Internes Fehlermanagement: Nachzuweisen ist ein Berichtssystem sowie ggf. Checklisten/ Prozessroutinen und ggf. Fehlermeldung über das offene, anonyme, bundesweit frei zugängliche Berichts- und Lernsystem „Netzwerk CIRSmedical.de“ der KBV und BÄK

b) Kriterium „Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung“

- Terminvereinbarungsregeln im Netz: Innerhalb des Netzes soll eine vorgegebene Wartezeit nicht überschritten werden. Hierfür werden regelmäßige Analysen der Wartezeiten durchgeführt, dokumentiert und Verbesserungsmaßnahmen entwickelt. Eine Terminvergabe nach Dringlichkeit und Zeitbedarf innerhalb des Netzes wird in Form eines Zielprozesses angestrebt.

c) Kriterium „Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung“

- Nachweis von Informationsangeboten für Patienten und/oder Angehörige

d) Kriterium „Barrierefreiheit im Netz“

- Nachweis durch eine formlose Beschreibung über die Umsetzung des o.g. Kriteriums

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“

a) Kriterium „Gemeinsame Fallbesprechungen“

- Nachgewiesen werden sollen regelmäßige Fallbesprechungen (z.B. Abstimmung Therapie, aufgetretene Komplikationen) mittels der Protokolle der durchgeführten Besprechungen. Erhoben wird die Gesamtanzahl pro Netz.

b) Kriterium „Netzzentrierte Qualitätszirkel“

- Durchführung von netzzentrierten Qualitätszirkeln gemäß der Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln im Bereich der KV Berlin
- Nachweise können Teilnahme-Zertifikate oder Protokolle von Qualitätszirkeln sein

c) Kriterium „Sichere elektronische Kommunikation“

- Nachgewiesen werden sollen verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z.B. zur Email-Erreichbarkeit, sowie zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für Patientendaten:
 - Die IT-Infrastruktur des Arztnetzes ermöglicht allen teilnehmenden Ärzten Zugang zu einem geschützten, vom Internet getrennten Netzwerk nur für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und medizinische Institute/Einrichtungen, z.B. KV-SafeNet.
 - Die Online-Abrechnung der teilnehmenden Ärzte muss über einen durch die KBV zertifizierten Provider erfolgen.
 - Benennung eines Datenschutzbeauftragten gemäß § 4f Bundesdatenschutzgesetz
 - Benennung eines IT-Sicherheitsbeauftragten für das Netz

d) Kriterium „Gemeinsame Dokumentationsstandards“

- Nachweis durch eine formlose Beschreibung über die Umsetzung des o.g. Kriteriums

e) Kriterium „Wissens- und Informationsmanagement“

- Nachgewiesen werden sollen die geregelte Zugänglichkeit von Therapiestandards (insbesondere Leitlinien, netzadaptierte Behandlungspfade) und Fortbildungsinitiativen des Netzes:
 - Praxisbezogene Fortbildung, z.B. Angebot zertifizierter Qualitätszirkel, insbesondere interdisziplinäre Fallkonferenzen (Kategorie C der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer) zu ausgewählten Versorgungsbereichen sowie Fortbildungsangebote für beteiligte Gesundheitsberufe
 - Behandlungspfade für ausgewählte/häufige Indikationen (Patientengruppen)
 - Intranet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen

f) Kriterium „Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“

- Nachweis von Kooperationsvereinbarungen

3. Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz“

a) Kriterium „Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene“

- Nachzuweisen sind die netzinterne schriftliche Abstimmung und Veröffentlichung ausgewählter Daten bezogen auf die Anerkennungskriterien, mindestens sollen die Nachweise der Basisstufe dargelegt werden:
 - Anzahl Patienten mit Medikationscheck
 - Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz (Anzahl der durchgeführten zertifizierten Qualitätszirkel/Fallkonferenzen, Indikationsbezug)
 - Anzahl der Fallbesprechungen
 - Anzahl der in (z.B. DMP-) Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V eingeschriebene Patienten
 - Durchschnittliche Wartezeiten im Netz auf Haus- und auf Facharzt-Termine
- Der Nachweis erfolgt gesamt mit einem jährlichen Netzbericht an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin in elektronischem Format.

b) Kriterium „Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive“

- Nachweis durch eine formlose Beschreibung über die Umsetzung des o.g. Kriteriums

c) Kriterium „Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz“

- Nachgewiesen werden sollen geregelte Behandlungsprozesse im Netz:
 - Verbindliche interne Regelung zur interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit für ausgewählte Versorgungsbereiche
 - Arzneimittel-Verordnungsgrundsätze: Netzkonsens (Musterverfahren) zur Arzneimittelverordnung und Arzneimittel-Therapiesicherheit ggf. auch zu anderen Verordnungen

d) Kriterium „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“

- Nachweis durch eine formlose Beschreibung über die Umsetzung des o.g. Kriteriums

e) Kriterium „Nutzung von Qualitätsmanagement“

- Nachweis über ein eingeführtes Qualitätsmanagementsystem der am Praxisnetz beteiligten Praxen entsprechend der derzeit gültigen QM-Richtlinie des G-BA:
 - QM-Grundsätze und QM-Instrumente
 - Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes bzw. nicht-ärztlichen Mitarbeiters

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung der Förderungswürdigkeit des Praxisnetzes nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht.

III. Stufe I

Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.

1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung

a) Kriterium „Patientensicherheit“

- Medikationspläne: Netzzintern abgestimmte aktuelle, vollständige und erweiterbare Muster-Medikationspläne für ausgewählte Versorgungsbereiche mit aktuellen Dosierungen und Einnahmehinweisen. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, diesbezügliche Verdachtsfälle und Impfkomplicationen werden in den Medikationsplänen dokumentiert, gemeldet und innerhalb der Qualitätssicherungsmaßnahmen des Netzes diskutiert.

b) Kriterium „Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung“

- Fallmanagements für Netzpatienten: Individuelle, fallbezogene Organisation der Versorgung durch interne und externe Kommunikation und Kooperation wird anhand netzspezifischer Ablaufprotokolle Abläufe/Pfade/ Standards nachgewiesen. Diese beziehen sich auf den Umgang und die Weitergabe von patientenbezogenen Informationen, den Zugang zu diesen Informationen unter datenschutzrechtlichen Belangen und verbindlichen Kooperationsregeln mit weiteren Leistungserbringern.
- Nachweis über eine Netzcheckliste „Überleitungsmanagement“

c) Kriterium „Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung“

- Netzstandard für geregelten Zugriff auf Patienteninformationen: Innerhalb des Netzes werden krankheitsspezifische Informationsmaterialien vorgehalten. Hierzu greift das Netz auf vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen zu (z.B. KBV Patienteninformationen, IQWiG, UPD).
- Nachweis zu Schulungsangeboten für Patienten und/ oder Angehörige bei mindestens 2 medizinischen Indikationen, z.B. Angehörigenschulungen zu Demenz-Erkrankungen.
- Nachweis zu einem Informationsangebot zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen (SEKIS) sowie Patientenverbänden und psychosozialen Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informationsmaterialien und Adressen vorgehalten und regelmäßig aktualisiert.

d) Kriterium „Barrierefreiheit im Netz“

- Nachweis zu netzbezogenen Zielprozessen zur Umsetzung von Barrierefreiheit im Praxisnetz (Priorisierung möglich). Barrierefreiheit bezieht sich auf die räumliche Umgebung, auf die Kommunikation und die Patienten-Informationen.

2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung

a) Kriterium „Gemeinsame Fallbesprechungen“

- siehe Basis-Stufe

b) Kriterium „Netzzentrierte Qualitätszirkel“

- siehe Basis-Stufe

c) Kriterium „Sichere elektronische Kommunikation“

- siehe Basis-Stufe

d) Kriterium „Gemeinsame Dokumentationsstandards“

- Netzstandards zur Patientendokumentation, z.B. mit einer Verfahrensanweisung für einen Netzstandard der Dokumentation (ggf. für ausgewählte Versorgungsbereiche)

e) Kriterium „Wissens- und Informationsmanagement“

- siehe Basis-Stufe

f) Kriterium „Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“

- Nachweis von Kooperationsvereinbarungen:
- Gesundheitsverbundanlage: über die interdisziplinäre ärztliche Kooperation hinaus werden interprofessionelle und/oder intersektorale Kooperationen unterhalten
- Überleitungsmanagement: z.B. Nachweis von Kooperationen mit Krankenhäusern/ stationären Einrichtungen

3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz

a) Kriterium „Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene“

- siehe Basis-Stufe

b) Kriterium „Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive“

- Beschwerdemanagement: Netzzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen und durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegen genommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll.

c) Kriterium „Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz“

- siehe Basis-Stufe

d) Kriterium „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“

- Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen, z.B:
 - Netzeinheitliche Regelungen / Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen
 - Fallsteuerung: Benennung eines Koordinators bei der Versorgung multimorbider Patienten
 - Abstimmung /Kontrolle aller Verordnungen, Monitoring über KH-Aufenthalte
 - Dokumentation und Auswertung der KH-Einweisungen

e) Kriterium „Nutzung von Qualitätsmanagement“

- Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Praxisnetz gemäß der QM-Richtlinie des G-BA in der derzeit gültigen Fassung:
 - Abstimmung über die QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz
 - Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Praxisnetz
 - Festlegen von Qualitätszielen / kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung der Förderungswürdigkeit des Praxisnetzes nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht.

IV. Stufe II

Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.

1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung

a) Kriterium „Patientensicherheit“

- Das Praxisnetz arbeitet zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoring-Funktionen unterstützen (Zielprozess)

b) Kriterium „Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung“

- Festlegung von Standards zur Terminkoordination im Netz auf kollegialer Ebene, z.B.:
 - Elektronische Terminvereinbarung
 - Elektronische Fallakte bzw. gemeinsame, fallbezogene Datenbasis
 - Entlassungsmanagement: Vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes

c) Kriterium „Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung“

- Nachweise zu netzspezifischen Zielprozessen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B.:
 - Schulungsangebot für Patienten und pflegende Angehörige: Hierzu werden netzeigene themenspezifische Beratungsangebote oder Schulungen erarbeitet, dokumentiert und durchgeführt.
 - Selbsthilfebeauftragte/r: Im Netz wird eine verantwortliche Person benannt, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert.

d) Kriterium „Barrierefreiheit im Netz“

- Netzspezifischer Zielprozess für die Steigerung des Anteils barrierefreier Praxen

2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung

a) Kriterium „Gemeinsame Fallbesprechungen“

- siehe Basis-Stufe

b) Kriterium „Netzzentrierte Qualitätszirkel“

- Datengestützte Netzqualitätszirkel: regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz sowie Darlegung der Ergebnisse

c) Kriterium „Sichere elektronische Kommunikation“

- Verbindliche Absprachen zur Kommunikation / Verfahrensregelungen:
 - Der Datenaustausch zwischen den Ärzten erfolgt überwiegend elektronisch. Für die elektronische Kommunikation werden Anwendungen über eine gesicherte Datenverbindung, bevorzugt im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, durchgeführt.
 - Vorlage eines Datenschutzkonzeptes
 - Vorlage einer IT-Sicherheitsleitlinie

d) Kriterium „Gemeinsame Dokumentationsstandards“

- Elektronische Fallakte bzw. Nutzung gemeinsamer fallbezogener Datenbasis

e) Kriterium „Wissens- und Informationsmanagement“

- siehe Basis-Stufe

f) Kriterium „Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“

- geregelte Kooperationen: Beachtung der Schwerpunkte bzw. indikationsbezogener Qualifikationen der Kooperationspartner

3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz

a) Kriterium „Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene“

- Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen, z.B. Medikamentenallergien, Nachbesprechung kritischer Ereignisse (ggf. Meldung beim „Netzwerk CIRSmedical.de“), Notfallmedikamente, Patientenbefragung
- Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter
- Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, z.B. abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen
- Gemeinsame Darlegungsfähigkeit auf der Ebene klinischer und anderer Indikatoren

b) Kriterium „Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive“

- Standardisierte Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen
- Netzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt/Arztpraxis, Nutzung validierter Fragebögen, die folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertungen der Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen/ Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes

c) Kriterium „Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz“

- Befundübermittlung auf elektronischem Wege:
 - Geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten
 - Geeignete Softwareprodukte für gemeinsame Beratung sowie den einfachen Informationsaustausch (Kompatibilität)
 - Innerhalb des Arztnetzes wird auf Befundübermittlung per Post verzichtet, soweit bestehende Regelungen dies zulassen (vgl. Nr. 2d).

d) Kriterium „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“

- Vereinbarung von netzbezogenen Zielen hinsichtlich Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung / Monitoring, Früherkennungsuntersuchungen

e) Kriterium „Nutzung von Qualitätsmanagement“

- Zertifizierung Praxen, ggf. Gruppenzertifizierung
- Anerkanntes QM-System bzw. -verfahren
- Peer Review im Netz, interne Visitationen

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung der Förderungswürdigkeit des Praxisnetzes nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht.

V. Übersicht

1. Versorgungsziel "Patientenzentrierung"			
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe 1	Nachweis Stufe 2
a) Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> Medikationscheck für Netzpatienten (z.B. Polymedikation) internes Fehlermanagement interne Grundsätze zur Arzneimitteltherapie 	<ul style="list-style-type: none"> Medikationspläne 	<ul style="list-style-type: none"> Zielprozess IT-Unterstützung Medikationsmanagement
b) Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Terminvereinbarungsregeln im Netz 	<ul style="list-style-type: none"> Fallmanagement für Netzpatienten Netzcheckliste Überleitungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> Standard Terminkoordination im Netz vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern
c) Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> Informationsangebote für Patienten und/oder Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> Netzstandards für Patienteninformationen Schlungsangebote für Patienten und/oder pflegende Angehörige bei mindestens zwei medizinischen Indikationen 	<ul style="list-style-type: none"> netzweit abgestimmtes Angebot bei Patienteninformationen Zielprozesse in Bezug auf die informierte Entscheidungsfindung
d) Barrierefreiheit im Netz	<ul style="list-style-type: none"> formlose Beschreibung über die Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> Angebot strukturierte Information zu Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden Zielprozesse zur Umsetzung in den Netzpraxen 	<ul style="list-style-type: none"> Selbsthilfebeauftragte/r Zielprozesse zur Steigerung des Anteils barrierefreier Netzpraxen

2. Versorgungsziel "Kooperative Berufsausübung"			
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe 1	Nachweis Stufe 2
a) Gemeinsame Fallbesprechungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protokolle regelmäßiger Fallbesprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe
b) Netzentrierte Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protokolle von Qualitätszirkeln, die den KV-Standards entsprechen (gemäß der Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von QZ im Bereich der KV Berlin) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ datengestützte Netzqualitätszirkel (gemäß der Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von QZ im Bereich der KV Berlin)
c) Sichere elektronische Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verbindliche Absprachen zur Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verbindliche Absprachen zur Kommunikation
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sicheres Netz (z.B. KV-SafeNet) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfahrensregeln
d) Gemeinsame Dokumentationsstandards	<ul style="list-style-type: none"> ▪ formlose Beschreibung über die Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Netzstandards zur Patientendokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ elektronische Fallakte bzw. gemeinsame fallbezogene Datenbasis
e) Wissens- und Informationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ netzadaptierte Behandlungspfade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ siehe Basis-Stufe
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortbildungsinitiativen des Netzes 		
f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachweis von Kooperationsvereinbarungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperationsvereinbarungen, z.B. mit Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geregelte Kooperation

3. Versorgungsziel "Verbesserte Effizienz"				
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe 1	Nachweis Stufe 2	
a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene	<ul style="list-style-type: none"> • jährlicher Netzbericht 	<ul style="list-style-type: none"> • siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen einschl. Präventionsmaßnahmen 	
b) Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive	<ul style="list-style-type: none"> • formlose Beschreibung über die Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdemanagement und Vorschlagwesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenbefragungen: standardisierte Fragebögen zu ausgewählten Indikatoren 	
c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	<ul style="list-style-type: none"> • geregelte Behandlungsprozesse 	<ul style="list-style-type: none"> • siehe Basis-Stufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Befundübermittlung auf elektronischem Wege 	
d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> • formlose Beschreibung über die Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • netzspezifische Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung von Zielen 	
e) Nutzung von Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis über ein eingeführtes Qualitätsmanagement-System der am Praxisnetz beteiligten Praxen entsprechend der derzeit gültigen QM-Richtlinie des G-BA 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Praxisnetz gemäß der derzeit gültigen QM-Richtlinie des G-BA 	<ul style="list-style-type: none"> • Zertifizierung der Praxen, ggf. Gruppenzertifizierung 	

Anlage 2

der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

– Versorgungsberichte der KV Berlin –

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin erstellt jährlich Versorgungsberichte mit den nachfolgend genannten Qualitäts- und Strukturdaten, welche eine Überprüfung der Versorgungsziele ermöglichen und übermittelt diese elektronisch an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die Versorgungsberichte enthalten einen Auszug der Daten, welche von den Praxisnetzen an die KV Berlin geliefert werden (vgl. Anlage 1, II, Nr. 3a).

Jeder Versorgungsbericht der KV Berlin besteht aus einer Liste von Datensätzen. *Jeder Datensatz enthält die in der folgenden Tabelle aufgeführten Datenfelder.*

Erläuterungen zur Tabelle:

Die Kardinalität bezeichnet die Häufigkeit des Vorkommens des Datenfeldes innerhalb eines Datensatzes.

Einige Datenfelder bestehen aus verschiedenen Komponenten und sind über mehrere Ebenen hinweg hierarchisch aufgebaut. Die Hierarchie ist in der folgenden Tabelle durch Einrücken dargestellt.

Die Datenübertragung erfolgt durch Eingabe in der KV Berlin in ein spezifisches Web-Formular über das Sichere Netz der KVen.

Anlage 2 der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von
Praxisnetzen – Versorgungsberichte der KV Berlin –

Nr.	Inhalt	Format	Kardinalität
1	Praxisnetz-Nummer (PNR)	5-stellig alphanumerisch - Die ersten beiden Stellen sind die Ziffern des KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssels	1
2	Akkreditierungsstufe des PN	Aufzählungstyp mit einem der Werte 1, 2 oder 3	1
3	Anzahl der teilnehmenden Ärzte	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
4	Anzahl aller teilnehmenden Arztpraxen	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
5	Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das PN abgedeckt werden	Liste	1
	PLZ	5-stellige Ziffernfolge	mind. 1
6	Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste	1
	BAR-Code der Zulassungsfachgruppen	3-stellige Ziffernfolge gemäß BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 4	mind. 3
7	Anzahl der behandelten Patienten	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
8	Anzahl der Überweisungen innerhalb des Praxisnetzes	nonNegativeInteger (ganze Zahl >=0)	1
9	Anzahl aller Patienten, für die ein Medikationscheck durchgeführt wurde	nonNegativeInteger (ganze Zahl >=0)	0 bis 1
10	Anzahl der Patienten, die in ein Behandlungsprogramm gemäß § 137f SGB V eingeschrieben sind	nonNegativeInteger (ganze Zahl >=0)	0 bis 1
11	Liste der im Netz durchgeführten Qualitätszirkel / Fallkonferenzen	Liste der Fallkonferenzen	0 bis 1
	Fallkonferenz	ICD 10-Codes (Freitextfeld)	mind. 1
	ICD 10-Code	3- bis 6-stellig alphanumerisch	1 bis 5
	Freitextfeld	Zeichenkette (max. 800 Zeichen)	0 bis 1
12	Anzahl der Fallbesprechungen im Netz	ICD 10-Code	
13	Behandlungen anhand standardisierter Behandlungspfade / Leitlinien	Liste durchgeführter standardisierter Behandlungspfade	0 bis 1
	durchgeführte Behandlungspfade	ICD 10-Code	mind. 1
	ICD 10-Code	3- bis 6-stellig alphanumerisch	1