

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 Versorgungsberichte

§ 6 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 eine Registrierung des Netzes zur Voraussetzung für das Anerkennungsverfahren machen und dazu eine Meldestelle einrichten. Eine Veröffentlichung der anerkannten Netze soll durch die Kassenärztliche Vereinigung in geeigneter Weise erfolgen.

(3) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen nach Ablauf von 5 Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut nachzuweisen. Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben, der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (vgl. § 3 Abs. 2). 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.

§ 3 Strukturvorgaben

(1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:

1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Aus folgenden Gründen kann hiervon abgewichen werden:

- a) Versorgungsradius
- b) Größe der Versorgungsregion
- c) 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 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 von Managementstrukturen durch

- eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes
- einen Geschäftsführer
- einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7

(2) Die Nachweise erfolgen durch Vorlage des Gesellschaftsvertrages, bei Abs. 1 Nr. 5 durch die Vorlage der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer, entsprechender Kooperationsvereinbarungen gemäß Abs. 1 Nr. 6 und sowie bei Abs. 1 Nr. 8 durch Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen. Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß Abs. 1 sind der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

(1) Für die Anerkennung von Praxisnetzen gelten nachfolgende Versorgungsziele und Kriterien:

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

Kriterien:

- a) Patientensicherheit
- b) Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung
- c) Befähigung / Information
- d) Barrierefreiheit im Praxisnetz

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

Kriterien:

- 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

Kriterien:

- 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 verbindlich. Alle anderen Nachweise sind beispielhaft aufgeführt, die Kassenärztliche Vereinigung kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.

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

§ 5 Versorgungsberichte

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

(2) Die Praxisnetze übermitteln der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich Versorgungsberichte gemäß Anlage 1, II. Basis-Stufe. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt den Netzen jeweils spezifische Strukturdaten gem. Anlage 2 Nr. 1-8.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die aggregierten Übersichten zu den Versorgungsberichten gemäß Abs. 2 zur Fortentwicklung der Rahmenvorgaben. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.

§ 6 Inkrafttreten

Die Rahmenvorgabe tritt zum 1.5.2013 in Kraft.

Die Rahmenvorgabe wird hiermit ausgefertigt:

Berlin, den 16.04.2013

gez.

Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender

gez.

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand

Einvernehmenserklärung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen:

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

gez.

J.-M. Frhr. v. Stackelberg

Stellv. Vorstandsvorsitzender

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

- I. Stufenkatalog
- II. Basis-Stufe
- III. Stufe I
- IV. Stufe II
- V. Übersicht

I. Stufenkatalog

Die Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V definiert Versorgungsziele und ebenfalls 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 Kassenärztliche Vereinigung kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.

II. Basis-Stufe

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

a) Kriterium Patientensicherheit

Nachweis Medikationscheck: Nachzuweisen ist ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, z.B. im Bereich Polymedikation.

- Nachweis Internes Fehlermanagement: Berichtssystem und ggf. Checklisten/ Prozess-routinen

b) Kriterium Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung

Nachweis 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

kein Nachweis

d) Kriterium Barrierefreiheit im Netz

kein Nachweis

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

Die Netzstandards entsprechen der QS- Richtlinie. Nachweise können Protokolle von Qualitätszirkeln sein, die den KV-Standards entsprechen.

c) Kriterium Sichere elektronische Kommunikation

Nachweis Verbindliche Absprachen zur Kommunikation und Nutzung:

- Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z. B. zur E-Mail-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. 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

kein Nachweis

e) Wissens- und Informationsmanagement

Nachgewiesen werden soll die geregelte Zugänglichkeit von Therapiestandards (insbesondere Leitlinien, netzadaptierte Behandlungspfade) und Fortbildungsinitiativen des Netzes:

- Praxisbezogene Fortbildung: Angebot zertifizierter Qualitätszirkel, insbesondere interdisziplinäre Fallkonferenzen (Kategorie C der Fortbildungsordnung), zu ausgewählten Versorgungsbereichen sowie Fortbildungsangebote für beteiligte Gesundheitsberufe
- Behandlungspfade für ausgewählte/häufige Indikationen (Patientengruppen)

- intranet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen

f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

kein Nachweis

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 Behandlungsprogramme 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 in elektronischem Format.

b) Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive

kein Nachweis

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) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

kein Nachweis

e) Nutzung von Qualitätsmanagement

kein Nachweis

Die Nachweise können auf der Basis entsprechender Regelungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 7 der Rahmenvorgabe in Form eines Versorgungsberichtes gemäß § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgabe erbracht werden.

III. Stufe I

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

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

a) Kriterium Patientensicherheit

- Nachweis Medikationspläne:
Netzintern 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

- Nachweis eines 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 Netzcheckliste Überleitungsmanagement

c) Kriterium Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung

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

Keine Vorgabe für Nachweise

b) Kriterium Netzzentrierte Qualitätszirkel

Keine Vorgabe für Nachweise

c) Kriterium Sichere elektronische Kommunikation

Keine Vorgabe für Nachweise

d) Kriterium Gemeinsame Dokumentationsstandards

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

e) Wissens- und Informationsmanagement

keine Vorgabe für Nachweise

f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Nachweis von Kooperationsvereinbarungen:

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

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz

a) Kriterium Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

keine Vorgabe für Nachweise

b) Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive

- Nachweis zum Beschwerdemanagement: Netzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen 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

Keine Vorgabe für Nachweise

d) 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 KH - Aufenthalte
- Dokumentation und Auswertung der KH-Einweisungen

e) Nutzung von Qualitätsmanagement

Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Netz:

- Abstimmung über die QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz
- Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Netz
- Qualitätsziele / kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen

IV. Stufe II

Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung 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 Monitoringfunktionen unterstützen (Zielprozess).

b) Kriterium Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung

Standard zur Terminkoordination im Netz auf kollegialer, ggf. professioneller Ebene

- elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame, fallbezogene Datenbasis
- 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 den Anteil barrierefreier Praxen

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

a) Kriterium Gemeinsame Fallbesprechungen

Keine Vorgabe für Nachweise

b) Kriterium Netzzentrierte Qualitätszirkel

datengestützte Netzqualitätszirkel:

- regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz,
- 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) Wissens- und Informationsmanagement

Keine Vorgabe für Nachweise

f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

geregelt 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, 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) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

Vereinbarung von Zielen:

- netzbezogene Ziele bei Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung / Monitoring, Früherkennungsuntersuchungen

e) Nutzung von Qualitätsmanagement

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

V. Übersicht

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung			
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
a) Patientensicherheit	Angebot Medikationscheck für Netzpatienten (Polymedikation)	Angebot Medikationspläne	Zielprozess IT-Unterstützung Medikationsmanagement
	internes Fehlermanagement		
b) Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung	Terminvereinbarungsregeln im Netz	Angebot Fallmanagement für Netzpatienten	Standard Terminkoordination im Netz
		Netzcheckliste Überleitungsmanagement	vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern
c) Befähigung/ informierte Entscheidungsfindung		Netzstandards für Patienteninformation	netzweite abgestimmtes Angebot bei Patienteninformationen
		Schulungsangebote für Patienten und / oder pflegende Angehörige bei mindestens zwei medizinische Indikationen	Zielprozesse in Bezug auf die informierte Entscheidungsfindung
		Angebot strukturierte Information zu Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden	Selbsthilfebeauftragte/r
d) Barrierefreiheit im Netz		Zielprozesse zur Umsetzung in den Netzpraxen	Zielprozesse zur Steigerung des Anteils barrierefreier Netzpraxen

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung			
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
a) Gemeinsame Fallbesprechungen	Protokolle regelmäßiger Fallbesprechungen		
b) Netzzentrierte Qualitätszirkel	Protokolle von Qualitätszirkeln, die den KV-Standards entsprechen		datengestützte Netzqualitätszirkel
c) Sichere elektronische Kommunikation	Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, sicheres Netz		Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, Verfahrensregeln
d) Gemeinsame Dokumentationsstandards		Netzstandards zur Patientendokumentation	elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame fallbezogene Datenbasis
e) Wissens- und Informationsmanagement	Netzadaptierte Behandlungspfade, Fortbildungsinitiativen des Netzes		
f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern		Kooperationsvereinbarungen, z.B. mit Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten	Geregelte Kooperation

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz			
Kriterien	Nachweis Basis-Stufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene	jährlicher Netzbericht		Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen einschl. Präventionsmaßnahmen
b) Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive		Beschwerdemanagement und Vorschlagwesen	Patientenbefragungen: standardisierte Fragebögen zu ausgewählten Indikationen
c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	Geregelte Behandlungsprozesse		Befundübermittlung auf elektronischem Wege
d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen		Netzspezifische Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisung	Vereinbarung von Zielen
e) Nutzung von Qualitätsmanagement		Nachweis eingeführter QM-Systeme in Praxen	Zertifizierung der Praxen, ggf. Gruppensertifizierung

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

Die Kassenärztliche Vereinigung 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 Kassenärztliche Vereinigung geliefert werden (vgl. Anlage 1, II, Nr. 3a).

Jeder Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung besteht aus einer Liste von Datensätzen. Jeder Datensatz enthält folgende Felder:

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	Mindestens 1
6	Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste	1
	BAR-Code der Zulassungsfachgruppen	3-stellige Ziffernfolge gem. BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 4	Mindestens 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

Nr.	Inhalt	Format	Kardinalität
10	Anzahl der Patienten, die in ein Behandlungsprogramm gem. § 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	ICD10-Codes Freitextfeld	Mindestens 1
	ICD10-Code	3 bis 6-stellig alphanumerisch	1 bis 5
	Freitextfeld	Zeichenkette (max. 800 Zeichen)	0 bis 1
12	Anzahl der Fallbesprechungen im Netz	ICD10-Code	
13	Behandlungen anhand standardisierter Behandlungspfade / Leitlinien	Liste durchgeführter standardisierter Behandlungspfade	0 bis 1
	Durchgeführte Behandlungspfade	ICD10-Code	Mindestens 1
	ICD10-Code	3 bis 6-stellig alphanumerisch	1

Erläuterung:

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 oben dargestellten Liste durch Einrückung abgebildet.

Die Datenübertragung erfolgt durch Eingabe in der Kassenärztlichen Vereinigung in ein spezifisches Web-Formular über das *Sichere Netz der KVen*.