Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

auf der Grundlage der Rahmenvorgabe der KBV vom 06.09.2022 nach § 87b Abs. 4 SGB V

Inhalt

§ 1 Regelungsgegenstand 3
§ 2 Anerkennung 3
§ 3 Strukturvorgaben 4
§ 4 Versorgungsziele und Kriterien 6
§ 5 Weitere optionale Strukturmaßnahmen auf Netzebene 6
§ 6 Versorgungsberichte 7
§ 7 Vergütung / Förderungsumfang 7
§ 8 Inkrafttreten 7

Anlage 1 - Nachweise zur Erfüllung der Versorgungsziele

Anlage 2 - Versorgungsberichte der KV Berlin

Anlage 3 – Vergütungsregelungen für anerkannte Praxisnetze

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

§ 1 Regelungsgegenstand

(1) Diese Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen auf der Grundlage der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 87b Abs. 4 SGB V vom 06.09.2022.
Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten 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 KBV in der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen definierten Kriterien konkretisiert die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin in dieser Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen und kann in begründeten Fällen, insbesondere bei regionalen Besonderheiten, von der Rahmenvorgabe abweichen.

(4) Diese Richtlinie ersetzt die „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen auf der Grundlage der Rahmenvorgaben der KBV nach § 87b Abs. 4 SGB V“, beschlossen von der Vertreterversammlung der KV Berlin am 25.03.2021.

§ 2 Anerkennung

(1) Der Vorstand der KV Berlin 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. Der Vorstand 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
E-Mail: meldestelle.praxisnetze@kvberlin.de

(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 der Vorstand 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 Meldestelle 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 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. 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.

(10) Der Vorstand der KV Berlin informiert die Vertreterversammlung über die Anerkennung von Praxisnetzen im Rahmen der auf die Anerkennung folgenden Vertreterversammlung.

§ 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!). Zur Zählung werden die Hauptbetriebsstättennummern herangezogen. 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, die gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 3, 4 oder 5 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, 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.

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 zwei Jahren.

6. Das Praxisnetz unterhält verbindliche Kooperationsvereinbarungen – unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 – 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 SGB V, § 39a SGB V oder nach § 40 SGB V,
   - einem gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bzw. einem entsprechenden Leistungserbringer, ersatzweise einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung 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 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 („Netzbüro“) mit definierten Geschäftszeiten, benannten Ansprechpersonen und Kontaktmöglichkeiten
   - einen Geschäftsführer (Netzmanager) und
   - einen ärztlichen Leiter/Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7
   - die Funktionen des Geschäftsführers und des ärztlichen Leiters/Koordinators dürfen nicht durch dieselbe Person ausgeübt werden.

(2) Die Nachweise erfolgen durch die Vorlage folgender Dokumente bei der Meldestelle der KV Berlin:

- Gesellschafter- bzw. Genossenschaftsvertrag bzw. der Satzung des Praxisnetzes
- Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer Berlin (Abs. 1 Nr. 5)
- Kooperationsvereinbarungen (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

(3) Das Praxisnetz veröffentlicht die wesentlichen Informationen zum Praxisnetz, insb. 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"

   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"

   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"

   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 Weitere optionale Strukturmaßnahmen auf Netzebene

(1) Zur weiteren Etablierung kooperativer, wohnortnaher Versorgung können lokale/regionale Kooperationen, z. B. mit Stadtteilen und Bezirken 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 Weiterbildungsverbünden

(3) Die KV Berlin 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 werden in die jährlichen Versorgungsberichte gemäß § 6 aufgenommen.

§ 6 Versorgungsberichte

(1) Anerkannte Praxisnetze erhalten eine Praxisnetz-Nummer (PNR). Die KV Berlin führt diese gemeinsam mit der Betriebsstättennummer.

(2) Die anerkannten Praxisnetze sind verpflichtet, einen jährlichen Versorgungsbericht sowie einen Praxisnetzbericht an die KV Berlin zu übermitteln.

1. Zur Erstellung des Versorgungsberichts übermittelt die KV Berlin den anerkannten Praxisnetzen jeweils bis zum 30.06. eines Jahres die aus der Abrechnung der Netzpraxen gewonnenen spezifischen Strukturdaten gemäß Anlage 2. Die anerkannten Praxisnetze ergänzen diese Strukturdaten und übermitteln der KV Berlin jährlich bis zum 15.08. die Versorgungsberichte. Der erste Versorgungsbericht eines Praxisnetzes ist im auf die Anerkennung folgenden Jahr vorzulegen.
2. Die KV Berlin übermittelt der KBV bis zum 30.09. die Versorgungsberichte an die KBV. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2 Absatz 4 zum Zwecke eines jährlichen Struktur-Monitorings.
3. Zusätzlich wird ein jährlicher Praxisnetzbericht über das Vorjahr – in einem elektronischen Format – bis zum 31.12. an die KV Berlin übermittelt. Dieser beinhaltet die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele gemäß Anlage 1.

§ 7 Vergütung / Förderungsumfang

Die KV Berlin kann die nach dieser Richtlinie anerkannten Praxisnetze fördern. Näheres dazu ist in der Verwaltungsrichtlinie der KV Berlin zur Beantragung und Bewilligung der projektbezogenen Förderung von anerkannten Praxisnetzen gesondert geregelt.

§ 8 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit ihrer Veröffentlichung in Kraft und ersetzt die Richtlinie der KV Berlin in der Fassung vom 25. März 2021.

Berlin, 22.05.2025

Dr. med. Gabriela Stempor
Vorsitzende der Vertreterversammlung

Anlage 1

der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

– Nachweise zur Erfüllung der Versorgungsziele –

Inhalt

Stufenkatalog 2
I. Basis-Stufe 2
1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung 2
2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung 3
3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz 4
II. Stufe I 6
1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung 6
2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung 6
3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz 7
III. Stufe II 8
1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung 8
2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung 8
3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz 9
Übersicht 10

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Stufenkatalog

Die Richtlinie der KV Berlin auf der Grundlage der Rahmenvorgabe der KBV zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V definiert Versorgungsziele und 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. Der Vorstand der KV Berlin behält sich vor, andere gleichwertige Nachweise anzuerkennen.

I. Basis-Stufe

1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung

a) Patientensicherheit

1) Medikationscheck: Nachzuweisen ist ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, z. B. im Bereich Polymedikation sowie die Festlegung interner Grundsätze zur Arzneimitteltherapie.

2) 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) 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. 1 f). 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).
Die Umsetzung dieses Kriteriums ist beschrieben.

2) Nachweis eines Informationsangebotes zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung und Patientenverbänden sowie psychosozialen Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informationsmaterialien und Adressen vorgehalten und regelmäßig aktualisiert.

Die Umsetzung dieses Kriteriums ist beschrieben.

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:

   1. Raumgestaltung (z. B. Aufzug mit Tonansage, Breite der Türen, Parkmöglichkeiten),
   2. Kommunikation (z. B. leichte Sprache),
   3. Patienteninformation (Inhalt und niederschwelliger Zugang zur Information).

   Die Angaben zur Barrierefreiheit wurden gegenüber der zuständigen Stelle getätigt und werden veröffentlicht.

2) Handlungsabläufe zur Identifikation und Umsetzung weiterer Maßnahmen sind benannt.

   Der Nachweis erfolgt durch Auflistung der Umsetzungsmaßnahmen.

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 Patientenanliegen, insbesondere Anliegen aus den Nrn. a) bis d) ist.

   Der Nachweis erfolgt durch namentliche Benennung des Patientenbeauftragen und Information über die Themen, für die der Patientenbeauftragte Ansprechperson ist. Vorliegen eines implementierten Beschwerdemanagements – siehe Nr. 3 b).

3) Es werden regelmäßige Analysen der tatsächlichen Wartezeiten (in den Praxen) durchgeführt, dokumentiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen entwickelt.

   Der Nachweis erfolgt durch eine im Netz abgestimmte Prozessbeschreibung.

f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

1) Beschreibung der regionalen Versorgungsanforderungen, die das Praxisnetz betreffen, sofern vorhanden.

2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung

a) Gemeinsame Fallbesprechungen

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

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 Regelung über die Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln im Bereich der KV Berlin. Die Protokolle der Qualitätszirkel dienen als Nachweise.

c) Sichere (elektronische) Kommunikation

1) Nachgewiesen werden sollen verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z. B. zur Email-Erreichbarkeit, sowie zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für Patientendaten.
2) Benennung eines Datenschutzbeauftragten für das Praxisnetz.
3) Benennung eines IT-Sicherheitsbeauftragten für das Praxisnetz.

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.

   Der Nachweis erfolgt durch eine formlose Beschreibung.

f) Interprofessioneller Austausch / 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 Kooperationspartner/n. Dokumentiert werden mindestens Datum, Dauer, Teilnehmende, Veranstaltungsformat, Thema. Die Fortbildung soll von der ÄK Berlin anerkannt sein.

3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz

a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

1) Nachzuweisen sind die netzinterne schriftliche Abstimmung und Veröffentlichung ausgewählter Daten bezogen auf die Anerkennungskriterien, mindestens sollen die Nachweise der Basisstufe dargelegt werden:
   1. Anzahl Patienten mit Medikationscheck
   2. Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz (Anzahl der durchgeführten zertifizierten Qualitätszirkel/Fallkonferenzen, Indikationsbezug)
   3. Anzahl der Fallbesprechungen
   4. Anzahl der in (z. B. DMP-) Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V eingeschriebene Patienten
   5. Durchschnittliche Wartezeiten im Netz auf Haus- und auf Facharzt-Termine

2) Der Nachweis erfolgt gesamt mit einem jährlichen Netzbericht an die KV Berlin in elektronischem Format.

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 – Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen:
   1. auf welchen Wegen und durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen werden

2. wie die Bearbeitung erfolgen soll
3. wie der Patientenbeauftragte gemäß Basis-Stufe Nr. 1 e) einbezogen werden soll

Der Nachweis erfolgt durch eine im Netz abgestimmte Prozessbeschreibung.

c) Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz

Es ist kein Nachweis vorzulegen.

d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen

Der Nachweis erfolgt durch eine formlose Beschreibung über die Umsetzung dieses Kriteriums.

e) Qualitätsmanagement

1) Maßnahmenplan inklusive Zuständigkeiten zur Einführung eines QM-Systems auf Netzebene ist erfasst.
2) Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes bzw. nicht-ärztlichen Mitarbeiters.

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 durch Benennung der verordnenden Praxis bzw. des Arztes.

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 Wartzeiten 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

1) siehe Basis-Stufe

b) Netzzentrierte Qualitätszirkel

1) siehe Basis-Stufe

c) Sichere (elektronische) Kommunikation

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

d) Gemeinsame Dokumentationsstandards

1) siehe Basis-Stufe

e) Wissens- und Informationsmanagement

1) Netzadaptierte Behandlungspfade für mind. zwei ausgewählte Indikationen (Patientengruppen)

f) Interprofessioneller Austausch / Fortbildung mit Kooperationspartnern 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) siehe Basis-Stufe

b) Berücksichtigung der Patientenperspektive

1) Beschwerdemanagement: Netzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patienten-rückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen und durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll.

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. 1 f).

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 Praxisnetz zu Netzmanagement und Netzstruktur:
   1. Beschreibung der abgestimmten QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Praxisnetz
   2. Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Praxisnetz
   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. Nr. 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) siehe Basis-Stufe

2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung

a) Gemeinsame Fallbesprechungen

1) siehe Basis-Stufe

b) Netzzentrierte Qualitätszirkel

1) Datengestützte(r) Netzqualitätszirkel: regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz sowie 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

1) siehe Basis-Stufe

e) Wissens- und Informationsmanagement

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

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

b) Berücksichtigung der Patientenperspektive

1) 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) 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. 1 f).

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

Übersicht

1. Versorgungsziel: Patientenzentrierung			
Kriterien	**Basis-Stufe**	**Stufe I**	**Stufe II**
a) Patientensicherheit	Medikationscheck, mind. Polymedikation, Netzinternes Fehlermanagement, z. B. Teilnahme an einem CIRS	Netzstandard zur rationalen Antibiotika-Therapie Bundeseinheitlicher Medikationsplan: Netzstandard	ATMS-Konzept, Medikationscheck für definierte (multimorbide) Patientengruppen
b) Therapiekoordination / Fallmanagement	Koordination für vulnerable Patientengruppen netzintern und - extern Zielvorgaben für Terminvermittlung im Netz und Kooperationspartnern	Fallmanagement für Netzpatienten Checkliste Überleitung intern/extern Netzstandards zur Versorgung in der Häuslichkeit, z. B. interprofessionelle Checkliste	Netzstandard zur fallbezogenen, gemeinsamen Datenbasis (elektronische Fallakte)
c) Befähigung / Information	Netzstandards für Angebot an Patienten-informationen (vorhandene Quellen: KBV, ÄZQ, IQWIG, UPD) Info-Angebot (Adressen, Materialien) zu Selbsthilfe, Pflege- u. Patientenberatung	Schulungsangebote zur Förderung Gesundheitskompetenz in mind. zwei medizin. Indikationen (ggf. durch Koop.-Partner)	Maßnahmen/Angebote zur informierten Entscheidungsfindung z. B. themenbezogene Netzveranstaltungen mit Partnern aus Selbsthilfe auf lokaler Ebene
d) Barrierefreiheit im Praxisnetz	Bestandsaufnahme Barrierefreie Praxen (räumlich, Kommunikation, Patienteninfo) konkrete Maßnahmen identifiziert, Umsetzungsplanung beschrieben	Netzbezogener Maßnahmenplan zur weiteren Umsetzung von Barrierefreiheit	Schulungsmaßnahmen und -angebote für Praxen und Kooperationspartner
e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement	Netz-Patientenbeauftragten, Beschreibung Zuständigkeiten, Bekanntmachung, regelmäßige Analyse der Wartezeiten, Verbesserungsmaßnahmen	Jährlicher Bericht des Patientenbeauftragten (Patientenrückmeldungen, Wartezeitenanalysen)	Patientenbefragungen (in Abstimmung mit Patientenbeauftragten)
f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen	Netzbezogene regionale Versorgungssituation beschrieben	Zentrale Handlungsfelder identifiziert, Maßnahmenplanung in Abstimmung mit KV	Nachweis wird von KV beschrieben (auf Grundlage Basisstufe und Stufe 1)

2. Versorgungsziel: Kooperative Berufsausübung			
Kriterien	**Basis-Stufe**	**Stufe I**	**Stufe II**
a) Gemeinsame Fallbesprechungen	regelmäßige Fallbesprechungen (ärztlich oder interprofessionell)	siehe Basis-Stufe	siehe Basis-Stufe
b) Netzzentrierte Qualitätszirkel	Netzstandards zu Qualitätszirkeln, zwei p. a. orientiert an KV-Standard	siehe Basis-Stufe	Etablierung von datengestützten Netzqualitätszirkeln, Monitoring der Ergebnisse
c) Sichere (elektronische) Kommunikation	Standards zu Kommunikationsmedien und -wegen DS-Beauftragter, IS-Beauftragter	Netzstandards zu Telekonsilen	Einführung ISMS
d) Gemeinsame Dokumentations-standards	Netzstandards zur Befund-, Behandlungs- und Fallbesprechungsdokumentation	siehe Basis-Stufe	siehe Basis-Stufe
e) Wissens- und Informations-management	digitale Verfügbarkeit von Therapiestandards, insbesondere Behandlungspfade, Leitlinien und Fortbildung gem. Nr. f)	Netzadaptierte Behandlungspfade für mind. zwei Indikationen	Zugang zu ausgewählten, hersteller-unabhängigen Datenbanken auf Netzebene (Informationsplattform vorhanden)
f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6	Fallkonferenz (Kat. C der Fortbildungsordnung) p. a., mit Kooperationspartner/n	Jährliches Kooperationspartner-Meeting zur Prozessoptimierung	Netzstandards zu peer-reviews in den beteiligten Professionen, interprofessioneller Austausch

3. Versorgungsziel: Verbesserte Effizienz			
Kriterien	**Basis-Stufe**	**Stufe I**	**Stufe II**
a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene	jährlicher Bericht	jährlicher Bericht	Netzbericht und Nutzung von Qualitätsindikatoren Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter
b) Berücksichtigung der Patientenperspektive	Beschwerdemanagement / Verfahren zu Patentenrückmeldungen	Beschwerdemanagement, netzinterne Regeleungen zu Patientenrückmeldungen	Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen Netz-intern abgestimmte Befragungen
c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	Kein Nachweis	Netzstandards zu Behandlungsprozessen zu ausgewählten Indikationen (netzspezifische Versorgung gemäß Nr. 1f)	Netzstanddards zu Behandlungsprozesse und/oder -pfaden
d) Wirtschaftlichkeits-verbesserungen	Formlose Beschreibung erzielter Verbesserungen	Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen, z. B. Wiederholungsverschreibungen, Doppeluntersuchungen	Netzstandard zur Vermeidung von Notfällen, Kriseninterventionspläne
e) Qualitätsmanagement	Maßnahmenplan/Zuständigkeiten zur Einführung eines QM auf Netzebene erfasst, QM-verantwortlicher Arzt	QM eingeführt (Relevante Prozesse geregelt und umgesetzt) im Praxisnetz zu Netzmanagement und Netzstruktur	Durchführung von Audits (Netz-GS) Nutzung QM für Netz-GS Nutzung anerkannter QM-Systeme

Anlage 2

der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

– Versorgungsberichte der KV Berlin –

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin erstellt jährlich Versorgungsberichte mit Qualitäts- und Strukturdaten, welche eine Überprüfung der Versorgungsziele ermöglichen.

(2) Die Versorgungsberichte enthalten einen Auszug der Daten, welche von den Praxisnetzen an die KV Berlin geliefert werden.

(3) Die anerkannten Praxisnetze liefern dazu Daten des vorangegangenen Jahres (Berichtsjahr) bis zum 15.08. an die KV Berlin nach dieser Richtlinie, die auf der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) basiert.

(4) Die anerkannten Praxisnetze erhalten Daten von der KV Berlin gemäß Nrn. 1 - 7.

(5) Die KV Berlin übermittelt an die KBV jährlich bis zum 30.09. Daten des vorangegangenen Jahres je anerkanntem Praxisnetz gemäß Nrn. 1 - 12.

(6) Die Datenübertragung erfolgt auf gesichertem elektronischen Weg.
Die KBV veröffentlicht jährlich einen sogenannten Versorgungsbericht 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 1, 2 oder 3
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)	Liste (5-stellige Ziffernfolge, komma-separiert)

6	Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste mit 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 eingetragene Genossenschaft eingetragener 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 Zugelassenes Krankenhaus (§ 108 SGB V) Vorsorge-/Reha-Einrichtung (§ 107 Abs. 2 SGB V) Andere: ……. (Freitext)
12	Weitere Strukturelemente auf Netzebene (sofern vorhanden)	
	1. Anzahl Weiterbildungsbefugte	nummerisch
	2. Anzahl Lehrärzte	nummerisch
	3. Anzahl Weiterzubildende	nummerisch
	4. Anzahl PJ-Studierende	nummerisch
	5. Teilnahme Weiterbildungsverbund	Auswahl: ja / nein

Anlage 3

der Richtlinie der KV Berlin zur Anerkennung von Praxisnetzen

– Vergütungsregelung für anerkannte Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 4 SGB V –

I.

Die Richtlinie der KV Berlin auf der Grundlage der Rahmenvorgabe der KBV zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (nachfolgend Richtlinie zu Anerkennung von Praxisnetzen der KV Berlin) sieht unter § 7 eine Förderung der Praxisnetze vor.

Die KV Berlin fördert demnach Praxisnetze mit dem Ziel, den intensiven und kollegialen Austausch unter Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu unterstützen und in der ambulanten Versorgung durch innovative Versorgungsprojekte das Leistungsspektrum zu verbessern bzw. zu erweitern.

Die Förderung der Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V i.V.m. der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen der KV Berlin erfolgt aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V. Hierfür werden jährlich 0,03% von der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Strukturfonds zur Verfügung gestellt.

Die Förderung kann auf zwei verschiedene Arten erfolgen:

1. Quartalsweise Förderung

Anerkannte Praxisnetze erhalten eine quartalsweise Förderung zur Aufrechterhaltung der richtlinienkonformen Netzstruktur, Anwerbung neuer Ärzte und Entwicklung von Projektideen.

Die quartalsweise Förderung wird nach der Anzahl der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen wie folgt gestaffelt:

- Praxisnetze mit 20 – 39 Praxen: 5.000 EUR,
- Praxisnetze mit 40 – 59 Praxen: 7.500 EUR,
- Praxisnetze mit 60 – 79 Praxen: 10.000 EUR,
- Praxisnetze mit 80 – 100 Praxen: 12.500 EUR.

Für die Förderung kommt es nicht auf die Anzahl der teilnehmenden Ärzte an. Folglich wird bei den teilnehmenden Praxen auch nicht zwischen Einzel-/Gemeinschaftspraxen oder MVZs unterschieden.

2. Projektbezogene Förderung

Anerkannte Praxisnetze haben darüber hinaus auch die Möglichkeit, eigene Projekte durch die KV Berlin fördern zu lassen. Dabei soll es sich um einzelne, innovative Projekte zur Verbesserung der Versorgung handeln. Der Vorstand der KV Berlin entscheidet auf Antrag nach pflichtgemäßem Ermessen über die Höhe der Förderung und informiert die Vertreterversammlung einmal jährlich über die bewilligten Projekte.

Die Bewilligung beschränkt sich auf max. 100.000 EUR pro Praxisnetz pro Jahr. Eine Förderung kann auch für mehrere Jahre bewilligt werden, sollte dies erforderlich sein. Die Förderung ist bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das darauffolgende Kalenderjahr unter Einreichung der vollständigen Antragsunterlagen bei der KV Berlin zu beantragen.

Als förderfähige Projekte kommen insbesondere folgende Anwendungsfelder in Betracht:

- Aufbau und Erprobung neuer Strukturen bei der Koordination von Leistungen (z.B. ambulantes oder sektorenübergreifendes Casemanagement), konsequente Umsetzung von Delegationsleistungen
- Erprobung von Gesundheits-Apps zum verbesserten Patientenmonitoring im ambulanten Bereich oder zur Förderung der Gesundheitskompetenz
- Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung der Netzpraxen oder zur Einführung elektronischer Patientenakten
- Entwicklung und Erprobung von sektor- und indikationsübergreifenden Behandlungspfaden
- Förderung der Versorgungsqualität z.B. durch Arbeit mit Qualitätsindikatorensets (z.B. KBV-Aquik, Quatro, Bravo)
- Konzeption und Erprobung von Modellen zur Beschäftigung angestellter abgebender/jüngerer Ärzte, ggf. auch Übernahme und Betrieb von Praxen gem. § 95 Abs. 1a SGB V
- Unterstützung des Konzepts „Notdienstpraxis“ auf regionaler Ebene
- Maßnahmen zur Steigerung von Ausbildung, Qualifikation und Einsatz von MFAs und anderen Assistenzberufen

Im Antrag sind darzustellen: Ein Projektziel mit Kurzbeschreibung des Projektes, ein Projektplan mit wesentlichen Meilensteinen und Zeitplan. Nach Möglichkeit eine Aufstellung wesentlicher Einzelaufgaben und Kostenkalkulationen.

Die Förderung kann auch unter Erteilung von Auflagen genehmigt werden. Bis zum 31.03. des Folgejahres nach Gewährung der Fördermittel ist eine Aufstellung über die tatsächliche Verwendung zu übermitteln.

II.

Der Anspruch auf die quartalsweise Förderung besteht ab dem 01. des der Anerkennung folgenden Monats. Der Förderzeitraum für die projektbezogene Förderung beginnt zum 01. Januar eines jeden Kalenderjahres. Über die Gewährung der unter 1. - 2. genannten Förderungen entscheidet der Vorstand unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Werden Fördergelder nicht zweckgerecht verwendet oder erfüllt ein Praxisnetz die Anforderungen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen der KV Berlin nicht mehr, kann die KV Berlin die gewährten Fördergelder ganz oder teilweise zurückfordern.