

Praxisnetze

Die KVB - Ihr Ansprechpartner rund um Praxisnetze



Hinweise:

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit 2012 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen per Gesetz verpflichtet, Praxisnetze nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V anzuerkennen, seit 2015 auch zu fördern. Die vorliegende Broschüre gibt einen Überblick, wie die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) diese Vorgaben für vernetzte Strukturen umsetzt. Vernetzung spielt in der heutigen Zeit eine Schlüsselrolle und ist aus der medizinischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Bayerische Praxisnetze sind auch wichtige Akteure im Gesundheitswesen, die einen wertvollen Beitrag in ihrer Region leisten.

Die Intention eines jeden Praxisnetzes ist es, seine Mitglieder miteinander zu vernetzen. So haben sich bayerische Praxisnetze als vorrangiges Ziel die Verbesserung der Kommunikation und des Informationsflusses – sowohl unter den Netzärzten und -psychotherapeuten als auch zwischen den Patienten und den Ärzten der verschiedenen Fachgruppen – gesetzt. Neben den kontinuierlichen Bemühungen, die Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich zu verbessern, engagieren sich einige Netze auch dafür, die Schnittstellen mit dem stationären Sektor, zum Beispiel mit den Krankenhäusern in ihrer Region, zu optimieren. Um eine lückenlose Weiterbetreuung der Patienten zu gewährleisten, die in ein Krankenhaus eingewiesen oder die aus diesem entlassen werden, sind strukturierte Abläufe, eine gebündelte Informationsweitergabe und eine gute Zusammenarbeit zwischen den ambulant und stationär tätigen Ärzten und Psychotherapeuten zwingend erforderlich. So fördert die KVB aus dem Strukturfonds Projekte von Praxisnetzen, die sich dem Thema Überleitungsmanagement widmen. Aber auch Projekte aus dem Bereich der Telemedizin werden unterstützt, denn Digitalisierung ist ein wichtiges Werkzeug für eine gelungene Vernetzung. Die KVB sieht darin das Potenzial einer verbesserten, sicheren und schnelleren Abstimmung – insbesondere bei sektorenverbindenden Behandlungsprozessen – und beteiligt sich aktiv an der Entwicklung, Förderung und Umsetzung digitaler Projekte.

Mit der Netzanerkennung sehen wir die Chance, auch gemeinsam mit vernetzten Strukturen die Versorgung vor Ort zu gestalten und noch weiter auszubauen.

Ihr Vorstand der KVB



Dr. Wolfgang Krombholz
Vorsitzender des Vorstands



Dr. Pedro Schmelz
1. Stellv. Vorstandsvorsitzender



Dr. Claudia Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorstandsvorsitzende



Einleitung 6

I. Anerkennung 8

- 1. Gesetzliche Rahmenbedingungen 8
- 2. Strukturvorgaben und Versorgungsziele der Basis-Stufe 9
 - 2.1 Strukturvorgaben 9
 - Managementstrukturen im Praxisnetz donauMED* 12
 - 2.2. Versorgungsziele der Basis-Stufe 12
- 3. Versorgungsziele der Stufe I 17
 - Kooperation von UGeF mit anderen Leistungserbringern* 20
- 4. Versorgungsziele der Stufe II 22
 - Peer Review aus Sicht des Praxisnetzes QuE* 27
- 5. Anerkennung: Wie funktioniert sie? 28
 - Anerkennungsprozess im Gesundheitsnetz Region Bamberg eG.* 29

II. Netzaufschlag im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)..... 33

- 1. Allgemeiner Überblick über die Finanzierung und Berechnung des Netzaufschlags..... 33
- 2. Der Netzaufschlag: Wie funktioniert er?..... 34

III. Förderung von Praxisnetzprojekten über den Strukturfonds36

1. Überblick über den Strukturfonds	36
2. Voraussetzungen für die Förderung anerkannter Praxisnetze	36
3. Förderung: Wie funktioniert sie?	37
<i>Förderprojekt des Praxisnetzes Nürnberg Süd e. V.</i>	37

IV. Der KVB-Service für Ihr Praxisnetz.....39

1. Beratung von Praxisnetzen	39
1.1 Allgemeine Beratung	39
1.2 Betreuung im Rahmen der Anerkennung	40
<i>Zusammenarbeit aus Sicht des Praxisnetzes ÄGH</i>	41
1.3 Begleitung anerkannter Praxisnetzen	42
2. Betreuung von Praxisnetzen im Selektivvertragsgeschäft	42
2.1 Was sind Zusatzverträge?.....	42
2.2 Von der Beratung bis zur Umsetzung von Zusatzverträgen	42
<i>Abrechnungsservice aus Sicht des Praxisnetzes Münchener Ärzte</i>	46
3. Begleitung und Umsetzung von Praxisnetz-Projekten	47
3.1 Strukturfonds-Projekte mit anerkannten Praxisnetzen.....	47
3.2 Zwei Innovationsfonds-Projekte mit Praxisnetzen	48
3.3 Forschungsprojekt mit Praxisnetzen	49

Ausblick50

Alle Informationen auf einen Blick	51
--	----



Einleitung

Laut Ärztemonitor, mit dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) jedes Jahr das Stimmungsbild der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ermitteln, waren im Jahr 2016 26 Prozent der Ärzte in einem Praxisnetz organisiert. Somit sind rund ein Viertel aller niedergelassenen Ärzte in einem Praxisnetz tätig. Aber was genau versteht man unter einem Praxisnetz?

Eine eindeutige Definition des Terminus existiert bislang nicht, dafür aber ganz unterschiedliche Bezeichnungen: Praxisnetzwerk, Gesundheitsnetz, Ärztenetz, Praxisverbund und vernetzte Praxen. Wir betrachten all diese Begriffe als Synonym und übernehmen die Definition der KBV im Sinne der Rahmenvorgabe, wonach Praxisnetze Zusammenschlüsse von selbstständig tätigen Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen und Psychotherapeuten sind. Ihr Anspruch ist es, eine interdisziplinäre, kooperative und wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung zu organisieren, mit dem Ziel, die Qualität sowie die Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern. Neben niedergelassenen Ärzten können zudem Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe (Paragraf 23d Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte) als Kooperationspartner fungieren.

Die Heterogenität der Praxisnetze zeigt sich vor allem in den unterschiedlichen Ausprägungen folgender Merkmale der Vernetzung: dem Organisationsgrad, der Rechtsform, der Netzgröße, der Ziele, des Versorgungsgebiets und der Zusammensetzung.

So reicht zum Beispiel der Organisationsgrad solcher kooperativer Organisationen niedergelassener Ärzte von regelmäßigen Treffen im Rahmen von Qualitätszirkeln über genossenschaftliche beziehungsweise genossenschaftsähnliche Einkaufsgemeinschaften bis hin zur Gründung von Gesundheitsunternehmen. Ebenso trägt die Versorgungsregion, in der das Praxisnetz agiert, zur Vielfalt bei: Netze in der Stadt sind mit ganz anderen Herausforderungen konfrontiert als Netze auf dem Land. Auch die Zusammensetzung der Praxisnetze spielt eine Rolle: Fachgruppengleiche Netze verfolgen andere Interessen als fachübergreifende.

Der Gesetzgeber verankert den Ansatz zur verstärkten Kooperation und somit zur sektorenübergreifenden Versorgung in den letzten Jahren immer tiefer im Gesetz. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurden im Jahr 2012 erstmals Praxisnetze in die Sozialgesetzgebung aufgenommen. Somit wurde die Möglichkeit einer Netzanerkennung geschaffen, die in Paragraf 87b Absatz 4 SGB V verankert wurde. Die KBV erhielt die Aufgabe, eine bundesweite Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen zu erstellen. Im Rahmen der Gesetzesvorgaben entwickelte sie einen entsprechenden Kriterienkatalog, der nach Abstimmung mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schließlich im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband verabschiedet werden konnte. Auf dieser Basis trat die „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach Paragraf 87b Absatz 4 SGB V“ am 1. Mai 2013 in Kraft und kann als Wendepunkt in der Geschichte der Praxisnetze angesehen werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat auf Grundlage der Rahmenvorgabe eine Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen verabschiedet und somit im Freistaat maßgebende Standards bezüglich des Professionalisierungsgrads bayerischer Praxisnetze festgelegt. Trotz unterschiedlicher individueller Ausprägungen ihrer regional bedingten Strukturen können Praxisnetze nun – dank der Anerkennung durch die KVB – untereinander verglichen werden. Dies bedeutet aber auch, dass mit dem Instrument der Anerkennung eine eindeutige Definition für anerkannte Praxisnetze geschaffen wurde.

Die vorliegende Broschüre beschreibt, wie die KVB ihrem gesetzlichen Auftrag nachgegangen ist, wie die vernetzte Versorgung in Bayern unterstützt und gefördert wird, welche vielfältigen Services angeboten und welche Projekte gemeinsam mit Praxisnetzen realisiert werden. Die Broschüre ist in vier Kapitel untergliedert.

Fabian Demmelhuber,

Leiter Referat Versorgungsinnovationen,
 Geschäftsführer FIMEDUS GmbH

„Im kollegialen Austausch entstehen die besten Innovationen in der Versorgung! Deshalb zertifizieren und fördern wir als Kassenärztliche Vereinigung Bayerns unsere bayerischen Praxisnetze. Mit der Förderung aus dem Strukturfonds wurde eine hervorragende Möglichkeit geschaffen, um die Projektideen unserer Ärzte zu realisieren. So setzen wir gemeinsam digitale Innovationen und sektorenverbindende Lösungen in den jeweiligen Regionen um. Wir haben dabei immer den Anspruch, den fachlichen und interdisziplinären Austausch sowie die ambulante Versorgung stetig zu verbessern. Diesen eingeschlagenen Weg möchten wir auch in Zukunft – zusammen mit unseren Praxisnetzen – weiterbeschreiten.“



Im ersten Kapitel werden die drei Anerkennungsstufen – Basis-Stufe, Stufe I und Stufe II – vorgestellt. Die Richtlinie schreibt eine Reihe von Struktur- anforderungen und Kriterien vor, die ein Praxisnetz für eine Anerkennung erfüllen muss. Die zu erfüllenden Kriterien werden anhand von drei zentralen Versorgungs- ziele (Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz) thematisch aufgegliedert und hier genau erläutert.

Mitglieder anerkannter Praxis- netze erhalten von der KVB über den Honorarverteilungs- maßstab (HVM) einen soge- nannten Netzaufschlag. Darü- ber gibt Ihnen das zweite Kapitel einen Überblick.

Die Projektförderung aner- kannter Praxisnetze aus dem Strukturfonds zeigt die gute Zu- sammenarbeit mit Praxisnetzen in Bayern. Der Weg hierfür wur-

de von der Vertreterversammlung der KVB durch die Neufas- sung der „Sicherstellungsrichtlinie der KV Bayerns zur Verwen- dung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds“ geebnet. Unter welchen Voraussetzungen Praxisnetzprojekte geför- dert werden, wird detailliert im dritten Kapitel beschrieben.

Im vierten und letzten Kapitel werden alle Angebote der KVB rund um Praxisnetze vorgestellt. Diese betreffen die Betreuung von Praxisnet- zen sowohl im Rahmen des Anerkennungsverfahrens als auch im Bereich des Selektiv- vertragsgeschäfts, aber auch im Rahmen des Innovations- fonds und weiteren Projekten.

Wir hoffen, Ihnen einen guten Einblick über das Thema Praxisnetze in Bayern geben

zu können und wünschen Ihnen eine informative und anregende Lektüre.



Abbildung 1

Quelle: KVB

I. Anerkennung

1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Versorgungsstrukturgesetz, wurden im Jahr 2012 erstmals Praxisnetze in die Sozialgesetzgebung aufgenommen und die Möglichkeit einer Netzanerkennung geschaffen, die in Paragraph 87b Absatz 4 SGB V verankert wurde. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhielt die gesetzliche Aufgabe, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) eine bundesweite Rahmenvorgabe zur Anerkennung von Praxisnetzen zu erstellen. Im Rahmen der Gesetzesvorgaben und in Zusammenarbeit mit der Agentur deutscher Arztnetze (ADA) entwickelte die KBV einen entsprechenden Kriterienkatalog, der nach Abstimmung mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schließlich im Einvernehmen mit dem GKV-SV verabschiedet werden konnte. Auf dieser Basis trat die „Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V“ am 1. Mai 2013 in Kraft. Bis zum 23. Oktober 2015 hatten die KVen Zeit, Richtlinien zu beschließen. Abweichungen von der KVB-Rahmenvorgabe waren im Falle von regionalen Besonderheiten oder speziellen Versorgungserfordernissen bei der Umsetzung der Vorgaben durchaus möglich.

Die KV Bayerns hat gemäß den gesetzlichen Vorgaben eine umfassende Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen erarbeitet und ist als einzige KV hierbei schrittweise vorgegangen: In einem ersten Schritt wurde die Richtlinie ausschließlich für die Basis-Stufe konzipiert und von der Vertreterversammlung der KVB im Juni 2014 verabschiedet. Nach den Erfahrungen aus der

Anerkennung der Basis-Stufe wurde die Richtlinie um die Stufen I und II erweitert und im Juni 2016 ebenfalls von der Vertreterversammlung verabschiedet.

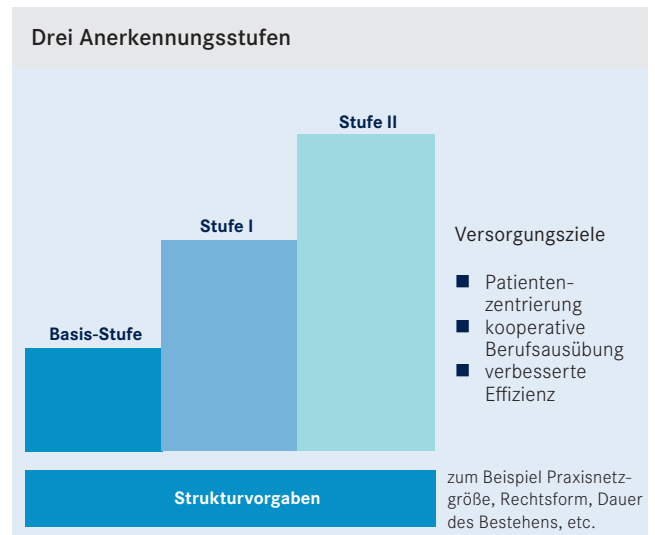


Abbildung 3

Quelle: KVB

Die Richtlinie unterscheidet zwischen drei Anerkennungsstufen – Basis-Stufe, Stufe I und Stufe II – und schreibt eine Reihe von Strukturanforderungen und Kriterien vor, die ein Praxisnetz für eine Anerkennung erfüllen muss. Die zu erfüllenden Kriterien werden anhand von drei zentralen Versorgungszielen (Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz) thematisch aufgliedert.

Im Folgenden werden die Strukturvorgaben und einzelnen Versorgungsziele der drei Stufen näher beschrieben. Deren Umsetzung in einzelnen anerkannten Praxisnetzen soll anhand ausgewählter Beispiele dargestellt werden.

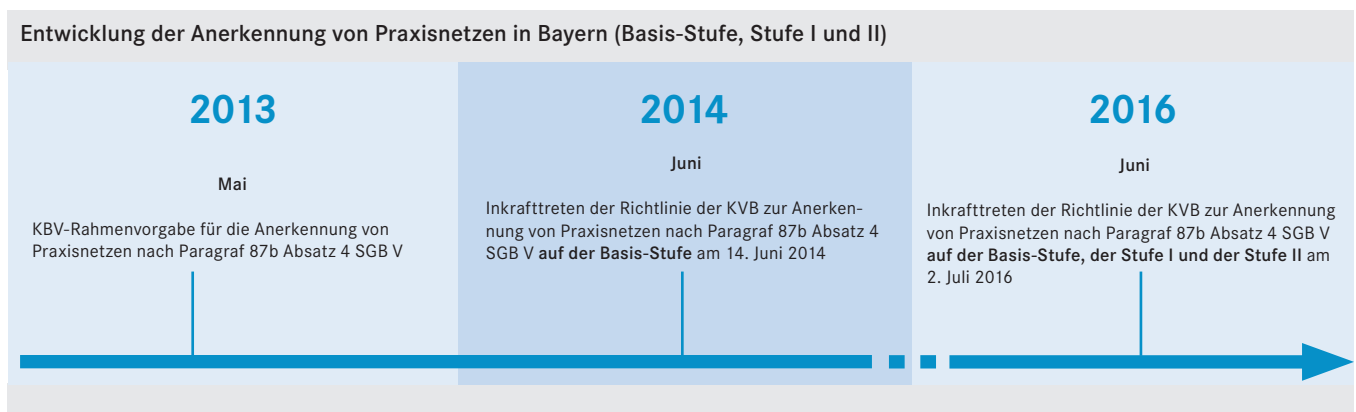


Abbildung 2

Quelle: KVB

2. Strukturvorgaben und Versorgungsziele der Basis-Stufe

Um die Basis-Stufe zu erreichen, müssen Praxisnetze zum einen neun strukturelle Anforderungen erfüllen, zum anderen 16 spezifische Nachweise zu Qualitätsanforderungen in den Versorgungszielen „Patientenzentrierung“, „Kooperative Berufsausübung“ und „Verbesserte Effizienz“ einreichen.

Welche Nachweise sind gefordert?	
1	Dokumente Diese Nachweise werden vom Praxisnetz erstellt beziehungsweise verwendet und sind der KVB vorzulegen, zum Beispiel Protokolle, Checklisten, Kooperationsverträge.
2	Selbsterklärung In einer Selbst- beziehungsweise Verpflichtungserklärung bestätigt der Antragsteller explizit, dass er bestimmte Vorgaben einhalten wird.
3	Beschreibung Diese Nachweise sind überwiegend Prozess- oder Zielbeschreibungen, in denen auf vorgegebene Fragen geantwortet wird.
4	Übersichten In einer Übersicht werden in der Regel Informationen eingetragen, die in vorgegebener Form (zumeist tabellarisch) nachzuweisen sind (zum Beispiel angebotene Schulungen, verwendete Informationsmaterialien) oder die die Angabe einer Anzahl erforderlich machen (zum Beispiel Gesamtzahl der Fallbesprechungen).

2.1 Strukturvorgaben

Praxisnetzgröße

Ein Praxisnetz muss aus mindestens 20, aber höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen bestehen, um anerkannt zu werden. Hintergrund ist, dass das Praxisnetz somit groß genug ist, um als Netz effektiv agieren zu können, aber auch nicht zu groß ist, um einer effektiven kooperativen Berufsausübung entgegenzustehen. Eine Abweichung von dieser Vorgabe ist nur zulässig, wenn bei Antragstellung einer der drei folgenden Gründe vorliegt:

- **Größe der Versorgungsregion:** Ein durchschnittlicher Mittelbereich in Bayern hat einen Durchmesser von 25,9 km. Deckt ein Praxisnetz ein Netzgebiet ab, das einen größeren Durchmesser als 25,9 km hat, dürfen folglich auch mehr als 100 Netzpraxen am Praxisnetz teilnehmen.
- **Versorgungsradius:** Der Versorgungsradius hat die Hälfte der durchschnittlichen Ausdehnung eines Mittelbereichs in Bayern, also 12,95 km. Versorgt ein Praxisnetz eine Region mit einem Versorgungsradius von mehr als 12,95 km, darf es die Praxisnetzgröße von 100 Netzpraxen überschreiten.
- **Bevölkerungsdichte:** Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte in Bayern beträgt 177,5 Einwohner pro Quadratkilometer. Ist die Bevölkerungsdichte im Netzgebiet höher als 177,5 Einwohner pro Quadratkilometer (zum Beispiel in Großstädten), darf das Praxisnetz mehr als 100 Netzpraxen aufweisen.

Die Anzahl der teilnehmenden Netzpraxen ist jedoch auch bei hinreichender Begründung auf ein Teilnehmemaximum von 150 begrenzt. Eine Abweichung hinsichtlich der Praxisnetzuntergrenze von 20 Netzpraxen ist in keinem Fall zulässig.

Die Praxisnetzgröße wurde von der KBV an der Anzahl der Praxen festgemacht und nicht an der Anzahl der einzelnen Netzärzte. Gemäß der Richtlinie der KV Bayerns entspricht eine Hauptbetriebsstätte eines oder mehrerer Netzärzte einer Netzpraxis. Das heißt, jede Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) eines Netzmitglieds zählt als eine Netzpraxis (eine Hauptbetriebsstättennummer = eine Netzpraxis).

Demzufolge gelten insbesondere folgende Praxiskonstellationen als Netzpraxen

- **Einzelpraxen**
Ein niedergelassener einzelner Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut inklusive vorhandener Filialen und ausgelagerter Praxisräume sind jeweils eine Netzpraxis.
- **Praxisgemeinschaften**
In Abhängigkeit der Anzahl der Hauptbetriebsstätten, über die die Abrechnung erfolgt, ist eine Hauptbetriebsstätte eine Netzpraxis.
- **Örtliche Berufsausübungsgemeinschaften**
Sie sind inklusive Filialen und ausgelagerter Praxisräume jeweils eine Netzpraxis.
- **Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften**
Sie sind inklusive Filialen und ausgelagerter Praxisräume jeweils eine Netzpraxis.

■ Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Sie sind inklusive Filialen und ausgelagerter Praxisräume jeweils eine Netzpraxis, unabhängig davon, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten im MVZ Netzmitglied sind.

Wichtig ist nur, dass mindestens ein Vertragsarzt beziehungsweise ein Vertragspsychotherapeut der jeweiligen Praxis Netzmitglied ist.

Selbstverständlich können andere Praxiskonstellationen im Praxisnetz vertreten sein, diese werden aber nicht als Netzpraxis im Sinne der Richtlinie gezählt.

Der Nachweis erfolgt durch Einreichen des Gesellschaftsvertrags sowie einer Netzmitgliederliste in elektronischer Form.

Zusammensetzung/Kernfachgruppen

Um als Praxisnetz einen fachübergreifenden, interdisziplinären Zusammenschluss von Ärzten zu bilden, müssen mindestens drei Fachgruppen im Praxisnetz vertreten sein. Es muss dabei mindestens ein Netzarzt der hausärztlichen Versorgung angehören, ausgenommen sind Kinderärzte. Zusätzlich müssen dem Praxisnetz mindestens zwei Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehören. Zu den Vertretern der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie zählen:

- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- Hautärzte
- HNO-Ärzte
- Nervenärzte
- Orthopäden
- Psychotherapeuten
- Urologen
- Kinderärzte

Diese Fachgruppen sind maßgeblich für eine wohnortnahe Versorgung verantwortlich. Es dürfen selbstverständlich auch alle anderen Facharztgruppen an einem Praxisnetz teilnehmen. Es ist lediglich verpflichtend, dass mindestens zwei Vertreter aus der Gruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Netzmitglieder sind.

Der Nachweis erfolgt durch Einreichen des Gesellschaftsvertrags sowie einer Übersicht über die Postleitzahl, die HBSNR und das Fachgebiet der Netzärzte (Verteilung der Netzpraxen in der Versorgungsregion) in elektronischer Form.

Versorgungsgebiet

Um die wohnortnahe Versorgung gemeinsam koordinieren und abstimmen zu können, müssen sich die am Netz teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen in einem zusammenhängenden Versorgungsgebiet befinden. Vertreter der gesonderten fachärztlichen Versorgung bilden hier eine Ausnahme und können auch dann am Praxisnetz teilnehmen, wenn sich ihre Hauptbetriebsstätte außerhalb des Netzgebiets befindet. Zu den Vertretern der gesonderten fachärztlichen Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie zählen:

- Humangenetiker
- Laborärzte
- Neurochirurgen
- Nuklearmediziner
- Pathologen
- Physikalische- und Rehabilitationsmediziner
- Strahlentherapeuten
- Transfusionsmediziner

Der Nachweis erfolgt durch Einreichen einer Übersicht über die Postleitzahlen der versorgten Patienten (Versorgungsregion des Praxisnetzes) in elektronischer Form.

Rechtsform

Die teilnehmenden vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz wahlweise in der Rechtsform einer Personengesellschaft (zum Beispiel Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) aber auch Personenhandels-gesellschaften wie die GmbH & Co. KG, KG, OHG), einer eingetragenen Genossenschaft (eG), eines eingetragenen Vereins (e. V.) oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zusammengeschlossen. Der Nachweis erfolgt durch Einreichen des Gesellschaftsvertrags.

Dauer des Bestehens

Das Praxisnetz muss in seiner aktuellen Form, also unter Berücksichtigung der Vorgaben Praxisnetzgröße, Kernfachgruppen, zusammenhängendes Gebiet, Rechtsform, seit mindestens drei Jahren bestehen.

Der Nachweis geht entweder aus der Anzeige als Praxisverbund bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) hervor oder wird durch einen anderen adäquaten Nachweis (zum Beispiel Gesellschaftsvertrag, Beschlussprotokolle) erbracht.

Anzeige bei der BLÄK: Das Praxisnetz hat sich bei der Bayerischen Landesärztekammer gemäß Paragraf 23c Absatz 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns als Praxisverbund angezeigt. Der Nachweis erfolgt entweder durch Einreichen einer Bestätigung der BLÄK, Referat Berufsordnung, dass das Praxisnetz derzeit den berufsrechtlichen Vorgaben entspricht und damit berufsrechtskonform ist oder durch Einreichen einer Kopie des Schreibens an die BLÄK, Referat Berufsordnung zur Anzeige.

Kooperationspartner

Da für eine umfassende wohnortnahe Versorgung die Einbeziehung anderer Gesundheitseinrichtungen und -berufe wie Krankenhäuser oder Physiotherapeuten und Logopäden erforderlich ist, unterhält das Praxisnetz eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem nichtärztlichen oder einem stationären Leistungserbringer. Die Kooperation des Praxisnetzes erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen. Der Kooperationspartner darf nicht Gesellschafter oder satzungsmäßiges Mitglied des Praxisnetzes sein. Der Nachweis erfolgt durch Angabe eines Kooperationspartners im Anerkennungsantrag.

Gemeinsame Standards

Für die intensive fachliche Zusammenarbeit sind gemeinsame Standards festzulegen. Diese betreffen insbesondere die Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -prozessen, die Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement sowie zur Unabhängigkeit gegenüber Dritten (zum Beispiel in wirtschaftlicher Hinsicht). Der Nachweis erfolgt durch eine Selbsterklärung im Antrag.

Managementstrukturen

Praxisnetze entstehen häufig durch das ehrenamtliche Engagement der Gründer. Ab einer gewissen Größe wird allerdings ein professionelles Netzmanagement erforderlich. Um anerkannt zu werden, muss ein Praxisnetz deshalb über eine Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer und einen Ärztlichen Leiter/Koordinator verfügen. Eine solche Geschäftsstelle liegt dann vor, wenn eine entsprechende Postanschrift, eine E-Mail-Adresse und ein fester Ansprechpartner bestehen sowie feste Bürozeiten und telefonische Erreichbarkeit gewährleistet sind. Eine gleichzeitige Tätigkeit als Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Netzes (Personalunion) kann im Einzelfall zugelassen werden. Das Praxisnetz muss hierfür gegenüber der KVB den schriftlichen Nachweis erbringen, dass es dem Ärztlichen Leiter unter zeitlichen Gesichtspunkten möglich ist, beide Tätigkeiten in angemessener Art und Weise gleichzeitig auszuüben.



Praxisnetzbeispiel DonauMed GmbH & Co KG

Managementstrukturen im Praxisnetz donauMED

Die Gesellschafter des Praxisnetzes DonauMed haben sich aus Gründen der Kosteneffizienz und einer Kommunikation der kurzen Wege für das Personalunionsmodell entschieden und zwei ihrer Gründungsmitglieder – Johann Ertl und Dr. Martin Huber – als Ärztliche Geschäftsführer eingesetzt. Die seit vielen Jahren stabilen Gesellschafterzahlen und die außerordentlich gute wirtschaftliche Gesamtsituation von DonauMed beweisen, dass sich das Modell bestens bewährt und nicht zuletzt zum hohen fachlichen Niveau des Netzes beigetragen hat. Der Arbeitsaufwand der beiden Ärztlichen Geschäftsführer wird von ihnen mit jeweils zirka zehn Wochenstunden angegeben – ein Einsatz, der gut zu managen sei, da er auf zwei Geschäftsführer verteilt würde.



Johann Ertl



Dr. Martin Huber

Der Nachweis erfolgt durch die jeweiligen Angaben im Anerkennungsantrag sowie ergänzend durch Einreichung eines adäquaten Nachweises über Managementstrukturen (Postanschrift, E-Mail-Adresse, Ansprechpartner, Bürozeiten und telefonische Erreichbarkeit), durch Einreichen des Gesellschaftsvertrags sowie der Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen. Eventuell auch durch das Einreichen einer Begründung bei gleichzeitiger Tätigkeit als Ärztlicher Leiter/Koordinator und Geschäftsführer des Praxisnetzes (Personalunion).

Ihre Checkliste für die Praxisnetz-Strukturvorgaben

Folgende Punkte müssen Sie erfüllen, um als Praxisnetz nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V anerkannt zu werden:

Einsatz eines Ärztlichen Leiters	<input checked="" type="checkbox"/>
Einsatz eines Geschäftsführers	<input checked="" type="checkbox"/>
Vorhalten einer Geschäftsstelle	<input checked="" type="checkbox"/>
Nachweis über Anzahl der teilnehmenden Netzpraxen (20 bis 100)	<input checked="" type="checkbox"/>
Elektronische Auflistung der Netzmitglieder	<input checked="" type="checkbox"/>
Teilnehmer: Hausärzte und mindestens zwei weitere Facharztgruppen	<input checked="" type="checkbox"/>
Entwicklung gemeinsamer Standards	<input checked="" type="checkbox"/>
Alle Teilnehmer aus zusammenhängendem PLZ-Gebiet	<input checked="" type="checkbox"/>
Rechtsform: Personengesellschaft, eG, e. V., GbR oder GmbH	<input checked="" type="checkbox"/>
Gründungsnachweis: Ihr Praxisnetz besteht seit mindestens drei Jahren	<input checked="" type="checkbox"/>
Nachweis über Kooperationspartner (Krankenhäuser oder andere Gesundheitsberufe)	<input checked="" type="checkbox"/>
Anzeige der Netzgründung bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)	<input checked="" type="checkbox"/>

2.2 Versorgungsziele der Basis-Stufe

Patientenzentrierung

Hinter dem Begriff „Patientenzentrierung auf der Basis-Stufe“ steckt einiges – von der Terminvergabe über die Arzneimitteltherapiesicherheit bis zum Umgang mit Fehlern. In erster Linie geht es darum, die medizinische Versorgung, aber auch die Abläufe und Strukturen in den Praxen stärker auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Das Versorgungsziel Patientenzentrierung besteht aus zwei Kriterien: Patientensicherheit und Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung.

Das Kriterium **Patientensicherheit** erfüllt das Praxisnetz, wenn es sowohl einen Medikationscheck als auch ein Fehlermanagement im Praxisnetz eingeführt hat. Ein Medikationscheck soll bei Patienten mit Polymedikation für eine bessere Abstimmung der eingenommenen Medikamente sorgen und unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen vermeiden. Unter dem Medikationscheck fallen alle Medikamente, die ein Patient einnimmt, inklusive Selbstmedikation und Nahrungsergänzungsmittel. Der Nachweis erfolgt durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozess-

	Kriterien	Geforderte Nachweise zur Anerkennung auf der Basis-Stufe
Versorgungsziel 1 Patienten- zentrierung	Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zum Medikationscheck ■ Prozessbeschreibung zum Fehlermanagement
	Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zur Wartezeitenanalyse/Terminvereinbarungsregelung ■ Einreichung von Terminvereinbarungsregelungen
Versorgungsziel 2 Kooperative Berufsausübung	Gemeinsame Fallbesprechungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbstauskunft zur Gesamtzahl der Fallbesprechungen im Jahr ■ Protokolle der Fallbesprechungen
	Netzzentrierte Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Protokoll zu QZ ■ Bestätigung über die Einhaltung der Qualitätszirkel-Grundsätze
	Sichere elektronische Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verpflichtungserklärung zur Erreichbarkeit ■ Verpflichtungserklärung zu einem vom Internet getrennten Netzwerk ■ Verpflichtungserklärung zu einem anerkannten Zugangsweg für die Online-Abrechnung ■ Verpflichtungserklärung zur Benennung von Datenschutz- und IT-Sicherheitsbeauftragten ■ Verpflichtungserklärung für Sicherheit der Daten
	Wissens- und Informationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einreichung von Teilnahmebescheinigungen ■ Einreichung von angewandten Behandlungspfaden ■ Bestätigung für Zugriff auf Leitlinien ■ Übersicht über alle angebotenen Fortbildungen für Ärzte und Psychotherapeuten ■ Übersicht über alle angebotenen Fortbildungen für nicht-ärztliche Mitarbeiter ■ Übersicht über alle angewandten Behandlungspfade
Versorgungsziel 3 Verbesserte Effizienz	Darlegungsfähigkeit sowohl auf Praxis- als auch auf Netzebene	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einreichung des jährlichen Netzberichtes
	Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zur interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit ■ Bestätigung zur Einführung eines Musterverfahrens zur Arzneimittelverordnung und Arzneimitteltherapiesicherheit

Abbildung 4

Quelle: KVB

beschreibung zum Thema „Medikationscheck“. In dieser wird – ergänzend zum bundeseinheitlichen Medikationsplan – nach den Intervallen und dem Ablauf der Medikationschecks, aber auch nach dem Umgang mit Wechsel- und Nebenwirkungen und nach möglichen Gegenmaßnahmen vonseiten der Netzärzte gefragt.

Auch der Umgang mit kritischen und unerwünschten Ereignissen, Fehlern und (Beinahe-) Schäden in den einzelnen Netzpraxen, aber auch zwischen den einzelnen Netzpraxen und den Kooperationspartnern, muss im Praxisnetz im Rahmen eines Fehlermanagements geregelt sein. Der Nachweis für das netzinterne Fehlermanagement erfolgt durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung (Thema „Fehlermanagement im Praxisnetz“).

Das Kriterium **Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung** ist erfüllt, wenn im Praxisnetz Wartezeitenanalysen durchgeführt und Terminvereinbarungsregelungen angewendet werden. Innerhalb des Praxisnetzes wird eine vorgegebene angemessene Wartezeit nicht überschritten. Hier ist die Wartezeit auf einen Termin beim Netzarzt gemeint und nicht die jeweilige Wartezeit im Wartezimmer. Dafür werden regelmäßige Analysen der Wartezeiten durchgeführt, dokumentiert und Verbesserungsmaßnahmen entwickelt. Bei der Wartezeitenanalyse soll nachgewiesen werden, dass eine vorgegebene angemessene Wartezeit nicht überschritten wird. Die Analyse dient dazu, um den Ist-Zustand innerhalb des Netzes in Erfahrung zu bringen und um diesen zu dokumentieren. Dabei soll insbesondere aufgeführt werden, für welche Facharztgruppe die Wartezeitanalyse durchgeführt,

welcher Zielwert angestrebt und inwieweit hieraus Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet wurden. Der Nachweis erfolgt durch eine Prozessbeschreibung zum Thema „Wartezeitenanalysen/ Terminvereinbarungsregelungen“.

Bei der Terminvereinbarungsregelung ist nachzuweisen, dass das Praxisnetz abgestimmte Terminvereinbarungsregelungen nach Dringlichkeit und Zeitbedarf für mindestens zwei Fachgruppen/ Leistungsspektren anstrebt. Hierbei soll konkret angegeben werden, für welche Facharztgruppen oder Leistungsspektren zukünftig Terminvereinbarungsregelungen geplant sind. Eine Terminvergabe nach Dringlichkeit und Zeitbedarf innerhalb des Praxisnetzes wird in Form eines Zielprozesses angestrebt und durch Einreichen einer im Praxisnetz abgestimmten Terminvereinbarungsregelung nach Dringlichkeit und Zeitbedarf für mindestens zwei Fachgruppen/Leistungsspektren nachgewiesen.

Kooperative Berufsausübung

Eine Zusammenarbeit in medizinischen Fragen, die Erarbeitung von Behandlungspfaden, die Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln, eine sichere elektronische Kommunikation – all das und noch einiges mehr macht eine gute kooperative Berufsausübung aus. Diese zu optimieren und ständig weiterzuentwickeln, ist deshalb ein Ziel, an dem Netze gemessen werden.

Auf der Basis-Stufe besteht das Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“ aus vier Kriterien:

- Gemeinsame Fallbesprechungen
- Netzzentrierte Qualitätszirkel
- Sichere elektronische Kommunikation
- Wissens- und Informationsmanagement

Das Kriterium **Gemeinsame Fallbesprechungen** ist erfüllt, wenn regelmäßige Fallbesprechungen durchgeführt und protokolliert werden (zum Beispiel Abstimmung Therapie, aufgetretene Komplikationen). Der Nachweis erfolgt durch eine Selbstauskunft zur Anzahl der in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung durchgeführten Fallbesprechungen und durch das Einreichen von mindestens vier Protokollen durchgeführter Fallbesprechungen aus den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung. Bei den Fallbesprechungen müssen mindestens drei verschiedene ärztliche Fachgruppen beteiligt sein. Darüber hinaus müssen mindestens 60 Prozent der Teilnehmer an der Fallbesprechung Mitglieder des Praxisnetzes sein. Neben dem Datum und den Inhalten der Fallbesprechung sowie den ICD-10 Codes müssen die Protokolle auch die Namen und lebenslangen Arztnummern (LANRs) aller

teilnehmenden Netzmitglieder aufweisen. Angaben zu Patienten und Nicht-Netzärzten müssen aus Datenschutzgründen weggelassen beziehungsweise geschwärzt werden.

Das Kriterium **Netzzentrierte Qualitätszirkel** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz regelmäßig netzzentrierte Qualitätszirkel durchführt. Der Nachweis erfolgt durch die Bestätigung im Anerkennungsantrag, dass die Netzstandards den Grundsätzen der KVB zur Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln (QZ-Grundsätze) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen sowie durch das Einreichen mindestens eines Qualitätszirkel-Protokolls. Dieses muss in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung – zum Beispiel Ausdrucke der elektronisch protokollierten Qualitätszirkel-Sitzungen beim Online-Service der KVB (eQZ) – erstellt worden sein. Darüber hinaus sind mindestens 75 Prozent der Qualitätszirkel-Teilnehmer Mitglieder des Praxisnetzes. Neben dem Datum, an dem der Qualitätszirkel durchgeführt wurde, dem Inhalt und den ICD-10 Codes des Qualitätszirkels muss das Protokoll auch die Namen und lebenslangen Arztnummern (LANRs) aller teilnehmenden Netzmitglieder aufweisen. Angaben zu Patienten und Nicht-Netzärzten müssen auch hier aus Datenschutzgründen weggelassen beziehungsweise geschwärzt werden.

Definition „Qualitätszirkel“

„Gruppe von meist fünf bis zehn in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte, die sich im Rahmen eines ein- bis zweistündigen Treffens zu Themen austauschen, die für die Qualität ihrer Praxistätigkeit relevant sind. Zirkel kommen idealerweise regelmäßig in fester Besetzung zusammen. Sie müssen inhaltlich koordiniert, kontinuierlich organisiert und strukturiert sein, um von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt zu werden.“

Zitat: Stock, Johannes (2012): Qualitätssicherung. Netze machen Ärzte stark. In: G + G Gesundheit und Gesellschaft, herausgegeben von AOK-Bundesverband, KomPart GmbH: Berlin, 15. Jg., Ausgabe 11/12, S. 28-33.

Auch die **sichere elektronische Kommunikation** wird als wichtiger Unterstützungsprozess in Praxisnetzen wahrgenommen und ist ein zentrales Kriterium des Versorgungsziels „Kooperative Berufsausübung“. Nachgewiesen wird dieses Kriterium durch

fünf Verpflichtungserklärungen. Das Praxisnetz muss verbindliche Absprachen zur Kommunikation (zum Beispiel zur E-Mail-Erreichbarkeit, Abwesenheitsassistenten im E-Mail-Postfach, Urlaubsvertretungsregelungen etc.) sowie zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für Patientendaten anwenden. Darüber hinaus muss das Praxisnetz bei Antragstellung über IT-Infrastrukturlösungen verfügen, die sowohl allen teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten Zugang zu einem geschützten und vom Internet getrennten Netzwerk bieten als auch eine Online-Abrechnung über einen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten Zugangsweg (zum Beispiel KV-SafeNet*, KV-IdentPlus, Telematikinfrastruktur) ermöglichen. Schließlich hat das Praxisnetz einen Datenschutz- und IT-Sicherheitsbeauftragten für das Praxisnetz zu benennen.

Die Zahl an Wissens- und Informationsquellen, die in Praxisnetzen zur Verfügung stehen, steigt stetig an. Die Fülle an Informationen macht Entscheidungsprozesse komplexer und zeitaufwendiger. Deshalb soll das Praxisnetz über ein **Wissens- und Informationsmanagement** verfügen, das heißt Fortbildungen durchführen und einen geregelten Zugang zu Therapiestandards (Leitlinien und Behandlungspfade) ermöglichen. Fortbildungsreihen werden vom Netzmanagement initiiert, diese Veranstaltungen richten sich an Netzmitglieder, wie zum Beispiel Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, Praxispersonal. Dies können beispielsweise DMP-Fortbildungsreihen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte sein. Hier referieren Netzmitglieder für ihre Kollegen. Neben diesen Angeboten sind auch zertifizierte Qualitätszirkel eine erfolgreiche Form der gemeinsamen Fortbildungsmöglichkeit der Netzmitglieder. Es wird als Nachweis eine Übersicht aller der von Netzärzten oder Netzpraxen angebotenen zertifizierten Fortbildungen nach Kategorie C der Empfehlungen der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) beziehungsweise der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PTK Bayern) zur ärztlichen Fortbildung in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung und den dazugehörigen Bestätigungen der BLÄK beziehungsweise der PTK Bayern als anerkannte Fortbildung nach Kategorie C (diese werden als „Teilnahmebescheinigung“ bezeichnet) verlangt. Ebenso ist es wichtig, Fortbildungsangebote für nichtärztliche medizinische Mitarbeiter anzubieten. Diese sind anhand einer Übersicht über die Fortbildungsangebote im Praxisnetz für nichtärztliche medizinische Mitarbeiter der Netzpraxen in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung nachzuweisen.

Das Praxisnetz wendet Behandlungspfade für ausgewählte Indikationen beziehungsweise Patientengruppen an. Der Nachweis erfolgt durch eine Übersicht aller im Praxisnetz angewandten Behandlungspfade sowie durch das Einreichen der angewandten Behandlungspfade.

Definition „Behandlungspfade“

„Lokal konsentrierte Behandlungspfade konkretisieren die Therapie für bestimmte Fälle oder Behandlungen. Charakteristikum eines Behandlungspfades ist die Beschreibung von Abfolge, Terminierung, Inhalten und Verantwortlichkeiten wichtiger Bestandteile der Versorgung definierter Patientengruppen.“

Zitat: Stock, Johannes (2012): Qualitätssicherung. Netze machen Ärzte stark. In: G + G Gesundheit und Gesellschaft, herausgegeben von AOK-Bundesverband, KomPart GmbH: Berlin, 15. Jg., Ausgabe 11/12, S. 28-33.

Vorrangiges Ziel von Leitlinien ist die Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung durch Wissensvermittlung. Das Praxisnetz soll daher seinen Mitgliedern einen Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen ermöglichen. Nachgewiesen wird dies durch eine Selbstauskunft, auf welche Leitlinien und Informationsquellen die Netzärzte zugreifen können.

Verbesserte Effizienz

Mit den vorhandenen Mitteln eine bestmögliche Versorgung organisieren – das ist es, was Praxisnetze durch eine größtmögliche Effizienz erreichen können. Strukturierte Abläufe, klare Regeln, aber auch Potenzialanalysen helfen, dieses Ziel zu erreichen.

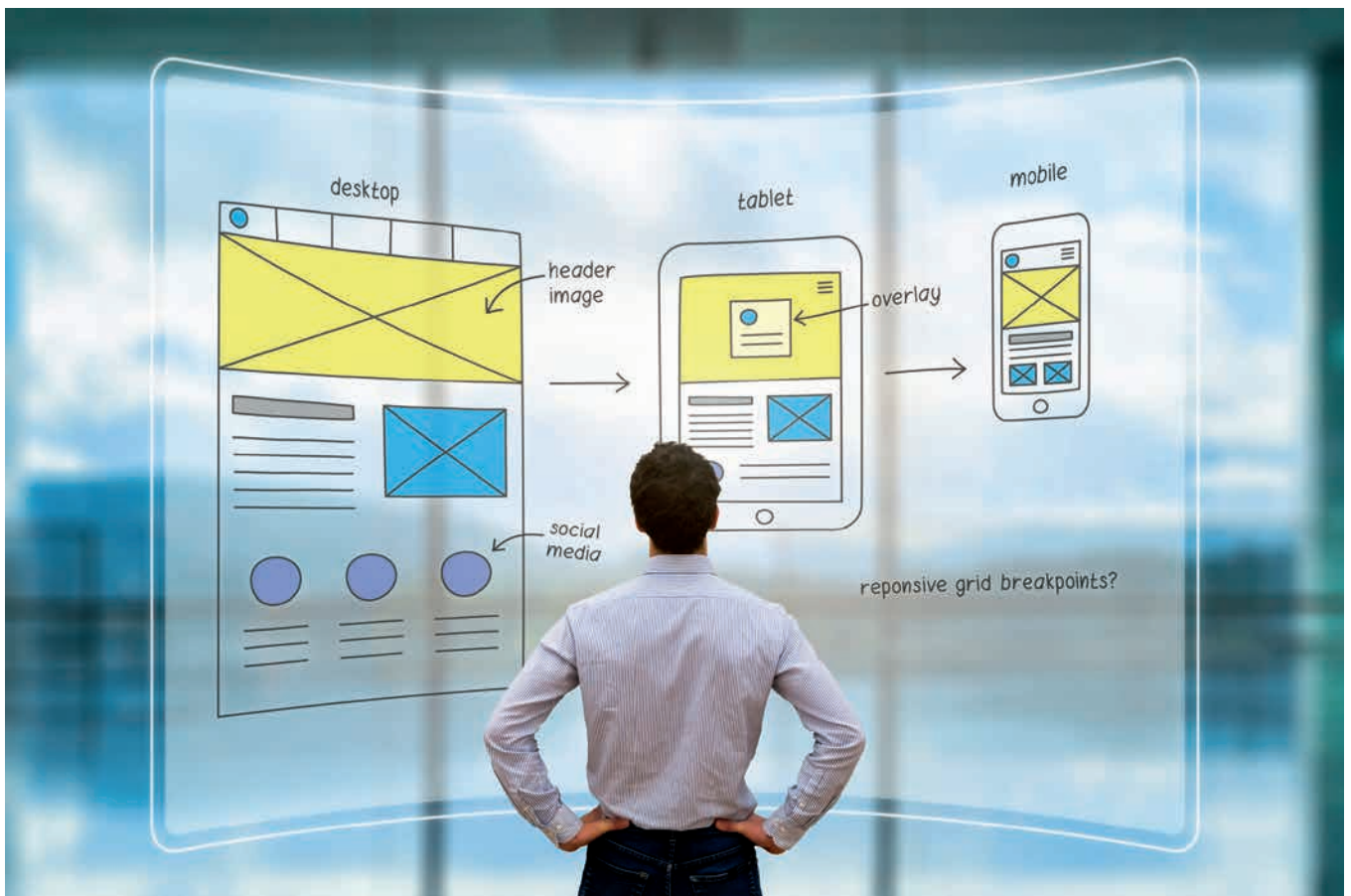
Das Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung“ basiert auf den Kriterien „Darlegungsfähigkeit auf Praxis- und Praxisnetzebene“ sowie „Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz“.

Der Nachweis des Kriteriums **Darlegungsfähigkeit auf Praxis- und Praxisnetzebene** erfolgt nicht im Rahmen des Anerkennungsverfahrens, sondern erst durch das Einreichen des ersten jährlichen Netzberichts des Praxisnetzes in elektronischer Form an

die KV Bayerns nach Anlage 1 der KVB-Richtlinie. Der Netzbericht ist über das komplette auf die Anerkennung folgende Kalenderjahr auszustellen und der KVB spätestens bis zum 30. Juni des darauf folgenden Kalenderjahres vorzulegen.

Das Kriterium **Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz** erfolgt durch eine Selbsterklärung zu eingeführten verbindlichen Musterverfahren zur Arzneimittelverordnung und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit“.

In der Prozessbeschreibung geht es um Fragen wie: Mit welchen Berufsgruppen, wie oft und in welcher Form kooperiert das Praxisnetz? Gibt es Leitlinien, an denen sich die Zusammenarbeit orientiert? Wie werden die Patientendaten zwischen den Netzpraxen durch den Kooperationspartner übermittelt?



3. Versorgungsziele der Stufe I

Die Anerkennung eines Praxisnetzes auf der Stufe I ist nur möglich, wenn das Praxisnetz die Voraussetzungen der Strukturvorgaben und der Versorgungsziele der Basis-Stufe bereits erfüllt und zusätzlich folgende Anforderungen der Versorgungsziele, Patientenzentrierung, kooperativen Berufsausübung und verbesserten Effizienz nachweisen kann.

Patientenzentrierung

Unter der Bezeichnung „Patientenzentrierung auf der Stufe I“ werden verschiedene Werkzeuge zusammengefasst: vom detaillierten Medikationsplan, über Netzchecklisten zum Überleitungs-

management oder zu Schulungsangeboten, bis hin zur Umsetzung der Barrierefreiheit im Netz ist alles vertreten. Dieses Versorgungsziel umfasst vier Kriterien: „Patientensicherheit“, „Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung“ wie auf der Basis-Stufe sowie die „informierte Entscheidungsfindung“ und die „Barrierefreiheit im Netz“.

Das Kriterium **Patientensicherheit** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz sowohl einen Mustermedikationsplan eingeführt hat, als auch den Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen verbindlich regelt. Der Mustermedikationsplan ist auszuhändigen, wenn ein Patient gleichzeitig mindestens drei Arzneimittel anwendet. Er entspricht den Inhalten des Medikationsplans im E-Health-

	Kriterien	Geforderte Nachweise zur Anerkennung auf der Stufe I
Versorgungsziel 1 Patientenzentrierung	Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medikationsplan ■ Prozessbeschreibung zu Medikationsplänen/Diskussionen im Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen
	Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallmanagement Ablaufbeschreibungen ■ Netzcheckliste zum Überleitungsmanagement
	Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärung über gemeinsame Standards zu Info-Materialien für Patienten ■ Übersichtstabelle zu den angebotenen Schulungen ■ Selbsterklärung zur Selbsthilfe
	Barrierefreiheit im Netz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung Ziele zur schrittweisen Umsetzung der Barrierefreiheit
Versorgungsziel 2 Kooperative Berufsausübung	Gemeinsame Dokumentationsstandards	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung Patientendokumentation
	Wissens- und Informationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung über Aktualität und Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands
	Kooperationen mit anderen Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bestätigung von mindestens zwei Kooperationsverträgen (nicht-ärztliche Leistungserbringer und stationäre Leistungserbringer) ■ Selbsterklärung Koordinationsarzt/Überleitungsmanagement
Versorgungsziel 3 Verbesserte Effizienz	Nutzung (oder Einbeziehung) Patientensicht	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zum Beschwerdemanagement im Praxisnetz
	Wirtschaftlichkeitsverbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zu Wirtschaftlichkeitsverbesserungen (konkrete netzspezifische Maßnahmen)
	Nutzung von Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärung Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und eines QM-verantwortlichen nicht-ärztlichen Mitarbeiters ■ Prozessbeschreibung zu einheitlich angewandten Qualitätszielen

Abbildung 5

Quelle: KVB

Gesetz und ist um die Angaben des verordnenden Arztes, des Datums der Erstverordnung, der Diagnose und der Kennzeichnung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erweitert. Das Praxisnetz dokumentiert mittels Anwendungshinweisen in den Medikationsplänen alle verordnungspflichtigen und frei verkäuflichen Arzneimittel (Selbstmedikation). Auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, diesbezügliche Verdachtsfälle und Impfkomplicationen werden in den Medikationsplänen dokumentiert und an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und/

oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeldet. Der aktuelle Medikationsplan wird dem Patienten ausgehändigt. Ein Exemplar verbleibt beim verschreibenden Arzt und wird, nach Rücksprache mit dem Patienten, dem Hausarzt zur Verfügung gestellt. Der Nachweis erfolgt durch Einreichen eines solchen Mustermedikationsplans, sowie einer Prozessbeschreibung zum Thema „Medikationspläne/Diskussion und Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen“. Hier geht es vor allem um abgeleitete Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse.

Der Medikationsplan - nach dem E-Health-Gesetz - enthält eine Übersicht über die Arzneimittel eines Patienten. Sowohl die verschreibungspflichtigen Arzneimittel als auch OTC- beziehungsweise freiverkäufliche Arzneimittel sowie gegebenenfalls Medizinprodukte (zum Beispiel Abführmittel) sollen aufgeführt werden.

Der Medikationsplan enthält Angaben ...

- zum Wirkstoff,
- gegebenenfalls zum Handelsnamen,
- zur Stärke,
- zur Darreichungsform,
- zu Hinweisen zur Dosierung,
- zu sonstigen Hinweisen zur Anwendung und
- gegebenenfalls zum Behandlungsgrund.

Der geforderte Netz-Medikationsplan beinhaltet darüber hinaus - in geeigneter Form - folgende Angaben:

- Diagnose
- Verordnender Arzt
- Datum der Erstverordnung
- Kennzeichnung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Das Kriterium **Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung** ist erfüllt, wenn im Praxisnetz ein Fallmanagement eingeführt und eine Netzcheckliste angewendet wurde. Zunächst ist der Nachweis eines Fallmanagements für Netzpatienten zu erbringen. Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung werden netzspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagramm oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Dabei werden die Verantwortlichkeiten in diesen sogenannten Prozess- oder Ablaufbeschreibungen aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt. Diese stehen den Mitarbeiter zur Verfügung und werden regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst. Aus den eingereichten Prozess- oder Ablaufbeschreibungen soll deutlich werden, in welcher Reihenfolge welcher Patient, wann, wem vorgestellt wurde, wie die Weitergabe der patientenbezogenen Informationen zu allen Leistungserbringern (intern und extern) im Praxisnetz erfolgt, wie dieser Zugang zu den Informationen unter datenschutzrechtlichen Belangen erhalten und welche verbindlichen Kooperationsregeln existieren. Des Weiteren wird eine im Praxisnetz abgestimmte Netzcheckliste zum Überleitungsmanagement verlangt. Aus der eingereichten Unterlage muss erkenntlich werden, dass das Netz ein standardisiertes Verfahren zur Überleitung von Patienten zwischen den Sektoren (ambulant/stationär) anwendet.

Für das Kriterium der **Befähigung/informierte Entscheidungsfindung** wird auf der Basis-Stufe kein Nachweis gefordert. In der Stufe I soll aber eine Patientenaufklärung innerhalb des Praxisnetzes nachgewiesen werden. Hierzu dient erstens eine Selbsterklärung im Antrag, dass zur Aufklärung der Patienten das Praxisnetz vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen oder eigene erstellte Informationsmaterialien verwendet. Zweitens benötigen wir die Einreichung einer tabellarischen Übersicht über mindestens zwei unterschiedliche Schulungsangebote, die in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung durchgeführt worden sind und die für Patienten mit mindestens zwei medizinischen Indikationen und/oder deren pflegenden Angehörige angeboten wurden. Drittens wird abschließend eine Selbsterklärung im Antrag gefordert, dass Informationsmaterialien und Adressen von Selbsthilfekontaktstellen, von Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie von psychosozialen Beratungseinrichtungen vorgehalten und regelmäßig, mindestens einmal jährlich, aktualisiert werden.

Auch das Kriterium **Barrierefreiheit im Netz** soll erst auf Stufe I mithilfe der Festlegung von Zielen und entsprechenden Umsetzungsmaßnahmen in Form einer Prozessbeschreibung nachgewiesen werden. Die Barrierefreiheit bezieht sich auf die räumliche

Umgebung, die Kommunikation sowie die Patienteninformationen. Hierzu reicht das Praxisnetz eine Prozessbeschreibung zum Thema „Barrierefreiheit im Praxisnetz“ mit Antworten zur netzeigenen Definition, den Zielen und dem angestrebten Zeitplan sowie Maßnahmen zur Umsetzung von Barrierefreiheit im Netz ein.

Kooperative Berufsausübung

Das Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung wird auf der Stufe I durch die drei Kriterien „Gemeinsame Dokumentationsstandards“, „Wissens- und Informationsmanagement“ und „Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“ nachgewiesen.

Innerhalb des Praxisnetzes ist es wichtig, dass sich alle beteiligten Netzpraxen an eine einheitliche Regelung zur Patientendokumentation halten. Dies könnte durch die Implementierung einer für alle Netzpraxen geltenden Verfahrensanweisung erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch die Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Gemeinsame Dokumentationsstandards**“, in der das Praxisnetz beschreibt, welche Verfahrensanweisungen, welche Standards zur Patientendokumentation – eventuell für ausgewählte Versorgungsbereiche – vereinbart wurden, auch welche Software hierzu benutzt wird.

Auch das Kriterium **Wissens- und Informationsmanagement** soll auf der Stufe I anhand einer Prozessbeschreibung nachgewiesen werden. Auf der Basis-Stufe betrifft das eingeführte Wissens- und Informationsmanagement im Praxisnetz vor allem das Angebot von Fortbildungen und den geregelten Zugang zu Therapiestandards. In Stufe I geht es dagegen um die Sicherstellung der Aktualität und der Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands zwischen den Netzärzten. Mithilfe welcher Medien, welches Verfahrens werden die Netzärzte auf einen aktuellen Wissens- und Informationsstand gebracht? In welcher Weise fließen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Patientenversorgung ein? Fragen wie diese sollen in der Prozessbeschreibung beantwortet werden.

Das Kriterium **Kooperation mit anderen Leistungserbringern** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz erstens mindestens zwei Kooperationsverträge abgeschlossen hat, und zwar sowohl mit einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer als auch mit einem stationären Leistungserbringer, zweitens über Regelungen zum Überleitungsmanagement und drittens über einen Koordinationsarzt, der für eine sektorenübergreifende Begleitung des Patienten zuständig ist, verfügt. Der Nachweis erfolgt durch zwei Selbsterklärungen im Antrag.

Interview zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit der UGeF mit dem Hospizverein des Landkreises Forchheim

„Wir möchten, dass die Menschen mit der Versorgungssituation von Palliativpatienten in der Region zufriedener sind.“



Dr. Joachim Mörsdorf



Sabine Kramp

Die Unternehmung Gesundheit Franken (UGeF) GmbH & Co. KG wurde im Mai 2008 gegründet, um die Qualität der medizinischen Versorgung im Großraum Forchheim/Erlangen zu sichern und weiter zu verbessern. In der UGeF kooperieren 28 Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen mit ausgewählte Kliniken und einem MVZ. Darüber hinaus besteht eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Hospizverein des Landkreises Forchheim. **Dr. Joachim Mörsdorf**, Aufsichtsratsvorsitzender und Allgemeinmediziner aus Pretzfeld und UGeF-Geschäftsführerin **Sabine Kramp** berichten über die Vorteile dieser Kooperation für ihre betroffenen Patienten.

Herr Dr. Mörsdorf, Frau Kramp, das Praxisnetz UGeF engagiert sich für eine gute Palliativversorgung in der Region Forchheim und arbeitet mit dem dortigen Hospizverein e. V. zusammen. Wie genau muss man sich diese Zusammenarbeit vorstellen?

Mörsdorf: Als wir begannen, einen Kooperationspartner für unser Ärztenetz zu suchen, standen zuerst mehrere Projekte zur Auswahl. Den Ausschlag für den Hospizverein e. V. gab letztendlich die Tatsache, dass wir neben dem Aspekt der verbesserten medizinischen Versorgung in unserer Region auch gerne eine weitere helfende Hand für die anspruchsvolle

Arbeit der Mitarbeiter und ehrenamtlichen Helfer im Bereich der Palliativversorgung zur Verfügung stellen wollten.

Kramp: Zwei Punkte in der gemeinsamen Arbeit möchten wir besonders herausstellen, da diese für die Patienten sehr wertvoll sind. Zum einen nehmen die niedergelassenen UGeF-Ärzte frühzeitig mit dem Hospizverein e. V. Kontakt auf und begleiten so ihre Patienten in diese Betreuungsform. Sehr großen Wert legen wir auch darauf, die Angehörigen in diesen Schritt miteinzubeziehen und hier eine Kommunikationsebene zu schaffen. Zum anderen wurde vereinbart, dass die UGeF-Patienten feste Ansprechpartner haben. Gerade, wenn sie in der Klinik oder in Betreuung/Pflege untergebracht sind, bleibt eine Konstante durch denselben Ansprechpartner bestehen.

Seit wann besteht Ihr Kooperationsvertrag und was ist in ihm alles geregelt?

Mörsdorf: Bereits am 24. August 2009 habe ich im Namen des UGeF-Ärztenetzes den Vertrag mit dem Hospizverein e. V. unterzeichnet. Die Vereinbarung betrifft Patienten, die der allgemeinen oder spezialisierten Palliativbehandlung bedürfen. Die Vertragspartner und die UGeF als teilnehmender Kooperationspartner verpflichten sich zum Aufbau einer lückenlosen, multiprofessionellen und ambulanten palliativen Versorgungsebene, um akutstationäre Behandlungen zu vermeiden und Überleitungen aus und in den stationären Sektor zu verbessern. Hier kam der UGeF die Aufgabe zu, durch entsprechende Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen unserer Ärzte Wissen und Fertigkeiten in der Palliativversorgung zu verbessern. Darüber hinaus pflegen wir ein enges Netz mit den behandelnden Ärzten aus dem ambulanten und stationären Bereich, sowie den Mitarbeitern des Hospizvereins.

Kramp: Im Vordergrund der Vereinbarung steht für alle das gemeinsame Interesse an der Verbesserung der Situation der Patienten. So haben wir uns in diesem Vertrag zu einer offenen, vertrauensvollen Zusammenarbeit mit gegenseitigem Zuhören und Respekt verpflichtet.

Von welchen Vorteilen können Sie im Rahmen dieser Kooperation profitieren?

Mörsdorf: Von einer Kooperation, die sektorenübergreifend an-

gelegt ist, profitieren wir als Ärztenetz vor allem in der besseren Versorgung der Patienten. Ihre Begleitung ist für alle transparenter und effektiver. Hier hilft uns zum Beispiel ein Formular, das wir entwickelt haben, um einen standardisierten Ablauf und einen verbesserten Betreuungsablauf zu erreichen. Auf diese Weise können wir die Notfalldaten der Patienten für den weiteren Behandlungsweg mitgeben. Hier kann unter anderem festgelegt werden, dass eine stationäre Behandlung nur bei Erhöhung der Schmerztherapie in die Wege geleitet werden soll, wenn dieses Ziel ambulant nicht zu erreichen ist. Wir möchten, dass die Menschen mit der Versorgungssituation von Palliativpatienten in der Region zufriedener sind. So können wir zu einer kleinen Erleichterung für Patienten und Angehörige in dieser schweren Zeit beitragen.

Sie haben sich für die Zusammenarbeit hohe Ziele gesetzt. Was möchten Sie noch verbessern?

Mörsdorf: Tatsächlich fehlen für den kompletten und lückenlosen Ablauf noch eine schlüssige, einheitliche Dokumentation, sowie die Rückmeldung an den niedergelassenen Arzt.

Kramp: Jedoch kommen wir gerade jetzt dieser Zielsetzung ein großes Stück näher, da wir uns im Moment sehr intensiv mit dem Thema Überleitmanagement beschäftigen, das exakt diese Problematik sehr genau unter die Lupe nimmt.

Was würden Sie anderen Praxisnetzen raten, die sich ebenfalls in der Palliativ- und Hospizarbeit engagieren möchten?

Mörsdorf: Ein Kooperationspartner will gut gewählt sein. Diese Entscheidung sollte einstimmig in einer Gesellschafterversammlung getroffen werden, da ein Kooperationsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen wird und einer kontinuierlichen, vertrauensvollen Zusammenarbeit bedarf. Unser Ärztenetz bedankt sich wirklich sehr herzlich beim Hospizverein e. V. für die wertvolle Begleitung und das respektvolle Handeln bei allen, die den letzten Weg der Patienten mitgehen.

Interview: Redaktion

Verbesserte Effizienz

Das Versorgungsziel verbesserte Effizienz basiert auf drei Kriterien: „Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive“, „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“ und „Nutzung von Qualitätsmanagement“.

Das Kriterium **Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz über ein Beschwerdemanagement verfügt. Beschwerden können unangenehm sein. Doch sie bieten auch eine Chance, das ein oder andere im Netz noch besser zu machen. Mitunter steckt hinter einer Beschwerde ein Fehler, der dadurch schnell behoben werden kann. Im Netz gibt es daher abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen. Diese legen fest, auf welchem Weg und durch wen Beschwerden und Vorschläge in den Netzpraxen entgegengenommen werden und wie die Bearbeitung erfolgt. Der Nachweis ist durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Beschwerdemanagement im Praxisnetz“ zu erbringen.

Das Kriterium **Wirtschaftlichkeitsverbesserungen** ist erfüllt, wenn im Praxisnetz netzspezifische Maßnahmen zu veranlassenden Leistungen und Krankenhauseinweisungen vereinbart wurden, um Wirtschaftlichkeitsverbesserungen zu erzielen. Möglich sind zum Beispiel ein bestimmtes Verfahren bei Wiederholungsverordnungen, die Benennung eines Koordinators für die Versorgung multimorbider Patienten, die Abstimmung von Verordnungen und das Monitoring von Krankenhausaufenthalten. Das Netz dokumentiert darüber hinaus die Krankenhauseinweisungen und wertet die Daten aus. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“.

Das Kriterium **Nutzung von Qualitätsmanagement** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz ein Qualitätsmanagement (QM) anwendet. Dieses bietet eine Fülle von Instrumenten, die helfen, Arbeitsabläufe zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Der Nachweis erfolgt zum einen durch eine Selbsterklärung im Antrag, dass das Praxisnetz über ein Qualitätsmanagement (QM) verfügt, sich über QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Sinne der QM-Richtlinie abstimmt und über einen QM-verantwortlichen Arzt und einen QM-verantwortlichen nicht-ärztlichen Mitarbeiter verfügt und zum anderen durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Einheitlich angewandte Qualitätsziele“. Hierbei soll anhand von fünf Qualitätszielen deutlich werden, dass im Praxisnetz nicht nur Qualitätsmanagement betrieben wird, sondern auch kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen vorgesehen sind.

4. Versorgungsziele der Stufe II

Die Anerkennung eines Praxisnetzes auf der Stufe II ist nur möglich, wenn das Praxisnetz die Voraussetzungen der Strukturvorgaben, der Versorgungsziele der Basis-Stufe und der Stufe I bereits erfüllt und zusätzlich folgende Anforderungen der Versorgungsziele, Patientenzentrierung, kooperativen Berufsausübung und verbesserten Effizienz nachweisen kann:

Patientenzentrierung

Unter der Bezeichnung Patientenzentrierung auf der Stufe II sind verschiedene Werkzeuge, wie zum Beispiel ein elektronisches Medikationsmanagement-Tool, eine gemeinsame Fallakte, Schulungsangebote für Patienten, aber auch konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Barrierefreiheit im Netz zusammengefasst.

Das Kriterium **Patientensicherheit** verlangt auf der Stufe II, dass das Praxisnetz zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen oder mit Software-Lösungen arbeitet, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement sowie Monitoringfunktionen unterstützen. Der Nachweis ist durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Elektronisches Medikationsmanagement-Tool“ zu erbringen.

Das Kriterium **Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung** sieht auf der Stufe II weiterführende Standards zur Termin- und Therapiekoordination innerhalb der Netzpraxen, aber auch zwischen Netzpraxen und Dritten vor. Das Praxisnetz nutzt eine gemeinsame elektronische Fallakte. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zu diesem Thema. Darüber hinaus ist im Praxisnetz ein standardisiertes Vorgehen zur Termin- und Therapiekoordination mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes implementiert. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung.

Das Kriterium **Befähigung/informierte Entscheidungsfindung** sieht auch in der Stufe II den Ausbau von Beratungen beziehungsweise Schulungen innerhalb des Praxisnetzes vor. Schulungsangebote für Patienten und für pflegende Angehörige werden durch das Netz angeboten. Diese sollen in den 24. Monaten vor Antragstellung durchgeführt worden sein. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Befähigung/informierte Entscheidungsfindung“. Ein Selbsthilfebeauftragter, der die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung

und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert, ist fester Bestandteil des Netzes. Ziel ist es, die informierte Entscheidungsfindung des Patienten und dessen Angehörigen gezielt zu fördern. Der Nachweis erfolgt durch eine Bestätigung im Antrag, dass eine hierfür verantwortliche Person im Netz benannt ist.

Bei dem Kriterium **Barrierefreiheit im Netz** verlangt die Stufe II, dass das Praxisnetz einen Zielprozess zur Steigerung des Anteils barrierefreier Praxen etabliert hat. Das Praxisnetz hat erste konkrete Ergebnisse zur Umsetzung der Barrierefreiheit und zur Steigerung des Anteils barrierefreier Praxen, die bereits als Ziele bei der Anerkennung als Praxisnetz auf der Stufe I formuliert wurden, erzielt. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung.

Kooperative Berufsausübung

Datengestützte netzzentrierte Qualitätszirkel, gemeinsame Dokumentationsstandards und Fortbildungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation sind Anforderungen des Versorgungsziels „Kooperative Berufsausübung“. Das Herzstück dieses Versorgungsziels ist das Kriterium „sichere elektronische Kommunikation“ mit all den erforderlichen Nachweisen. Darüber hinaus ist das Kriterium „Kooperationen mit anderen Leistungserbringern“ zu erfüllen.

Das Kriterium **Netzzentrierte Qualitätszirkel** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz datengestützte Netzqualitätszirkel durchführt, diese analysiert und deren Ergebnisse verwertet. Der Nachweis erfolgt zum einen durch eine Bestätigung im Anerkennungsantrag, zum anderen durch das Einreichen einer ausgefüllten Prozessbeschreibung zum Thema „Datengeschützte Netzqualitätszirkel“. In dieser Prozessbeschreibung sollen zum Beispiel die Fragen „Wie werden die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätszirkel analysiert?“ oder „Wie werden die Ergebnisse der Qualitätszirkel allen Netzärzten zur Verfügung gestellt?“ beantwortet werden.

Das Kriterium **Sichere elektronische Kommunikation** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz sowohl verbindliche Absprachen zum elektronischen Datenaustausch zwischen den Netzärzten festgelegt als auch ein Datenschutzkonzept und eine IT-Sicherheitsleitlinie entwickelt hat und diese anwendet. Die Richtlinie fordert, dass der Datenaustausch zwischen den Netzärzten überwiegend elektronisch und auf einem sicheren Übertragungsweg erfolgt.

	Kriterien	Geforderte Nachweise zur Anerkennung auf der Stufe II
Versorgungsziel 1 Patientenzentrierung	Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung des elektronischen Medikationsmanagement-Tools
	Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung der elektronischen Fallakte für Termin- und Therapiekoordination ■ Prozessbeschreibung der Termin- und Therapiekoordination außerhalb des Praxisnetzes
	Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung der angebotenen netzeigenen Beratung und Schulung ■ Selbsterklärung Selbsthilfebeauftragter
	Barrierefreiheit im Netz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zur Steigerung des Anteils barrierefreier Praxen
Versorgungsziel 2 Kooperative Berufsausübung	Netzzentrierte Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärung Durchführung von datengestützten netzzentrierten QZ ■ Prozessbeschreibung zur Beobachtung (Monitoring) und Vorstellung im Praxisnetz der QZ-Ergebnisse
	Sichere elektronische Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärung Ausmaß Datenaustausch ■ Prozessbeschreibung sicherer Übertragungsweg ■ Prozessbeschreibung sicherer Übertragungsweg bei eigener Datenanbindung ■ Prozessbeschreibung Datenübermittlung von Arzt zu Arzt ■ Selbsterklärung Absicherung der PCs ■ Selbsterklärung Aktualität IT-Sicherheitsstandards ■ Selbsterklärung Datenschutzkonzept ■ Einreichung Inhaltsverzeichnis Datenschutzkonzept ■ Selbsterklärung IT-Sicherheitsleitlinie ■ Einreichung Inhaltsverzeichnis IT- Sicherheitsrichtlinie
	Gemeinsame Dokumentationsstandards	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung elektronischer Fallakte
	Wissens- und Informationsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einreichung Fortbildungen zur informierten Entscheidungsfindung
	Kooperationen mit anderen Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Übersicht von mindestens drei Qualifikationen der Kooperationspartner
Versorgungsziel 3 Verbesserte Effizienz	Darlegungsfähigkeit sowohl auf Praxis- als auch auf Netzebene	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung der Nutzung von Qualitätsindikatoren ■ Dokumente über netzinterne Weiterbildungsmaßnahmen ■ Prozessbeschreibung der Ziele für vulnerable Patientengruppen ■ Einreichung Netzreport/Netzbroschüre
	Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einreichung eines standardisierten Patientenfragebogens ■ Prozessbeschreibung der Bewertung der Patientenfragebögen
	Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selbsterklärung zur elektronischen Befundübermittlung
	Wirtschaftlichkeitsverbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prozessbeschreibung zu netzbezogenen wirtschaftlichkeitsverbessernden Zielen
	Nutzung von Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einreichung der QM-Zertifizierungen von mindestens 100 Prozent der teilnehmenden Mitgliederpraxen oder Gruppensertifizierung ■ Einreichung von internen Visitation-Protokollen oder Peer-Review-Teilnahmebescheinigungen der BLÄK/PTK Bayern

Abbildung 6

Quelle: KVB

Das Praxisnetz weist dies nach durch eine Selbsterklärung mit folgenden Mindestinhalten:

- Mindestens 95 Prozent der Netzärzte haben die Möglichkeit eines gesicherten elektronischen Datenaustausches, der den Vorgaben des E-Health-Gesetzes bezüglich der Telematikinfrastruktur entspricht.
- Für die elektronische Kommunikation werden Anwendungen (zum Beispiel KV-Connect) über eine gesicherte Datenverbindung verwendet. Die elektronisch vernetzten Ärzte im Praxisnetz müssen über die dafür notwendige technische Anbindung (zum Beispiel e-Arztbriefe) verfügen. Zwei Wege einer sicheren Datenübertragung sind denkbar: Das Praxisnetz kann entweder das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) oder eine eigene geschützte VPN (virtuelles privates Netzwerk)-Verbindung nutzen. Wird das SNK verwendet, erfolgt der Nachweis durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung zum Thema „Gesicherter Übertragungsweg zwischen den Netzärzten“. Wird aber eine eigene geschützte VPN-Verbindung verwendet, erfolgt der Nachweis durch eine Selbsterklärung im Anerkennungsantrag sowie durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung zum Thema „Übertragungsweg – weiterführende Angaben bei eigener Datenanbindungslösung (außerhalb SNK)“. Das Praxisnetz muss in diesem Fall selbst aufzeigen, dass alle Voraussetzungen für eine „gesicherte Datenverbindung“ vorliegen. Dabei sind insbesondere die Vorgaben der „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, inklusive der Technischen Anlagen zu beachten.

Der Nachweis einer sicheren Verbindung wird wie folgt dokumentiert:

- durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung zum Thema „Sichere Datenübermittlung von Arzt zu Arzt“,
- durch eine Selbsterklärung, dass alle im Praxisnetz im Einsatz befindlichen PCs gegen unbefugte Zugriffe von Dritten abgesichert sind,
- durch eine Bestätigung, dass die IT-Sicherheitsstandards für einen sicheren Datenaustausch dem aktuellen Stand der Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (siehe auch www.bsi.de) entsprechen.

Es wird auch verlangt, dass das Praxisnetz ein Datenschutzkonzept anwendet. Folgende Nachweise werden hierfür benötigt:

- Selbsterklärung, dass das Praxisnetz geltende Datenschutzbestimmungen kennt und einhält,
- Selbsterklärung, dass das Praxisnetz ein Datenschutzkonzept anwendet, das den aktuell gültigen Datenschutzbestimmungen entspricht,
- Einsendung des Inhaltsverzeichnisses des Datenschutzkonzepts.

Darüber hinaus wendet das Praxisnetz eine IT-Sicherheitsleitlinie an, die allgemeinverständlich beschreibt, für welche Zwecke, mit welchen Mitteln und mit welchen Strukturen die Informationssicherheit innerhalb des Praxisnetzes hergestellt wird. Die IT-Sicherheitsleitlinie soll auch die vom Praxisnetz angestrebten Informationssicherheitsziele sowie die verfolgte Sicherheitsstrategie beinhalten. Der Nachweis erfolgt durch eine Selbsterklärung sowie durch die Einsendung des Inhaltsverzeichnisses der IT-Sicherheitsleitlinie.

Das Kriterium **Gemeinsame Dokumentationsstandards** setzt auch die Nutzung einer elektronischen Fallakte voraus. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer Prozessbeschreibung, in der erläutert wird, wie im Praxisnetz die verwendete Software fallbezogen für die gemeinsame Dokumentation angewandt wird.

Beim Kriterium **Wissens- und Informationsmanagement** wird das Augenmerk auf Fortbildungen für Netzärzte gerichtet. Es ist erfüllt, wenn das Praxisnetz seinen Mitgliedern mindestens drei Fortbildungen mit dem Schwerpunkt Arzt-Patienten-Kommunikation angeboten hat. Diese sollen in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung stattgefunden haben. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen der Bescheinigungen, mit denen die BLÄK beziehungsweise die PTK Bayern die Fortbildungen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt hat (Teilnahmebescheinigung). Der Geschäftsstelle des Praxisnetzes hat die Einwilligung der betroffenen Ärzte zur Weitergabe der Teilnahmebescheinigungen und Speicherung durch die KVB vorzulegen.

Das Kriterium **Kooperationen mit anderen Leistungserbringern** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz geregelte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern unterhält. Es orientiert sich bei seinen Kooperationen an den Schwerpunkten des Netzes und berücksichtigt indikationsbezogene Qualifikationen der Kooperationspartner. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen einer tabellarischen Übersicht über mindestens drei indikationsbezogene

Qualifikationen seiner Kooperationspartner. Sollte das Praxisnetz einen Schwerpunkt auf Pädiatrie gelegt haben, wäre hier zum Beispiel eine Kooperation mit einer Kinderklinik oder einer Kinder- und Jugendpsychiatrie anzubringen.

Verbesserte Effizienz

Das Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz“ wird durch die Kriterien „Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene“, „Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive“, „Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz“, „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“ und „Nutzung von Qualitätsmanagement“ nachgewiesen.

Definition von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind Maßzahlen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Sie ermöglichen Aussagen zu den drei Dimensionen von Versorgungsqualität nach Donabedian: Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität. Qualitätsindikatoren können sich dabei sowohl auf Anteile und Häufigkeit beziehen als auch auf Einzelereignisse oder qualitative Aussagen. Sie bilden dabei immer nur einzelne Aspekte von Versorgungsabläufen ab.

Quelle: KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, Berlin 2009

Donabedian A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Verlag: Health Administration Press

Das Praxisnetz erfüllt das Kriterium **Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene**, wenn es mindestens zwei Qualitätsindikatoren nutzt. Darüber hinaus soll es Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter anbieten, Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen vereinbaren (zum Beispiel abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen) und Versorgungsdaten zu klinischen und anderen Indikatoren erheben. Das Praxisnetz nutzt mindestens zwei Qualitätsindikatoren (QI) mit Zielgrößen. Diese können zum Beispiel auf die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, die spezifische Codierung, die abgestimmte Medikation, den Umgang mit Medikamentenallergien, die Nachbespre-

chung kritischer Ereignisse, die Notfallmedikation, die Patientenbefragung, die Vermeidung von AU-Zeiten sowie die Nutzung von Röntgen-, Impf- und Medikationspässen abzielen. Der Nachweis erfolgt durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung zum Thema „Qualitätsindikatoren“ von mindestens zwei im Praxisnetz genutzten Qualitätsindikatoren.

Das Praxisnetz bietet für Netzärzte und Praxismitarbeiter netzinterne Weiterbildungsmaßnahmen an. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen geeigneter Dokumente (zum Beispiel Veranstaltungsprogramme), aus denen hervorgeht, dass entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden.

Das Praxisnetz hat Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen (zum Beispiel abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen) vereinbart. Der Nachweis erfolgt durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung zum Thema „Ziele für besonders vulnerable Patientengruppen“.

Definition „vulnerable Patientengruppe“

„Aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (zum Beispiel Behinderung, psychische Störung, Schwangerschaft, hohes Alter) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (zum Beispiel obdachlose Frauen) verletzlichere (vulnerable) Personenkreise.“

Definition nach dem Themenheft 42 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitliche Folgen von Gewalt, Oktober 2008.

Das Praxisnetz erhebt Versorgungsdaten zu klinischen und anderen Indikatoren. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen geeigneter Dokumente, aus denen sich die konkreten Versorgungsdaten ergeben (zum Beispiel Netzbroschüre, Netzreport). Darüber hinaus hat das Praxisnetz diese Versorgungsdaten in geeigneter Weise innerhalb des Praxisnetzes seinen Mitgliedern und Patienten zur Verfügung zu stellen.

Das Kriterium **Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz standardisierte Patientenbefragungen durchführt. Denn die Patientenbefragung ist eine einfache und kostengünstige Methode, um herauszufinden, ob die Prozesse und die Strukturen serviceorientiert ausgerichtet sind oder nicht. In Fragebögen geben Patienten Anregungen, Wünsche oder Beschwerden sowie auch positive Rückmeldungen. Das Praxisnetz hat vor Antragstellung eine netzintern abgestimmte Patientenbefragung mit einem standardisierten und validierten Fragebogen zu ausgewählten Themenbereichen durchgeführt und wiederholt diese Erhebung mindestens alle drei Jahre. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen eines solchen Patientenfragebogens und einer im Praxisnetz abgestimmten Prozessbeschreibung zum Thema „Bewertung der Patientenfragebögen“. Es wird hier danach gefragt, inwieweit Aspekte, wie zum Beispiel Diagnose und Therapie oder Selbsthilfe im Praxisnetz berücksichtigt und bewertet werden.

Das Kriterium **Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz** zielt auf eine digitale Übertragung der Befunde ab. Das Praxisnetz stellt sicher, dass die einzelnen Netzpraxen über eine geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten verfügen. Das Praxisnetz verwendet geeignete kompatible Softwareprodukte für eine gemeinsame Beratung sowie für den einfachen Informationsaustausch. Innerhalb des Praxisnetzes verzichten die einzelnen Netzpraxen auf Befundübermittlung per Post, soweit bestehende Regelungen dies zulassen. Der Nachweis erfolgt durch eine Selbsterklärung im Anerkennungsantrag.

Das Kriterium **Wirtschaftlichkeitsverbesserungen** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz Ziele, unter anderem zur Stärkung der Prävention, zur Überwachung der Arzneimitteltherapie/des Monitorings und zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen vereinbart hat und verfolgt. Der Nachweis erfolgt durch eine im Praxisnetz abgestimmte Prozessbeschreibung zum Thema „Vereinbarung von Zielen zur Wirtschaftlichkeitsverbesserung“.

Das Kriterium **Nutzung von Qualitätsmanagement** ist erfüllt, wenn das Praxisnetz und seine Netzpraxen nach einem anerkannten Qualitätsmanagementsystem beziehungsweise -Verfahren zertifiziert ist/sind. Der Nachweis erfolgt durch das Einreichen der entsprechenden Zertifizierungs- oder Rezertifizierungsbescheinigung der teilnehmenden Mitgliedspraxen. Einzelne Netzpraxen können sich als Gruppe zertifizieren lassen, daher können alternativ auch Gruppenzertifizierungsbescheinigungen eingereicht werden. Bei Antragstellung dürfen diese Bescheinigungen nicht älter als 36 Monate sein. Die Geschäftsstelle des Praxisnetzes stellt sicher, dass ihr die Einwilligung der betroffenen Ärzte zur Weiterleitung der Zertifikate an die KVB vorliegen.

Das Praxisnetz führt regelmäßige Peer Reviews oder interne Visitationen durch. Der Nachweis erfolgt entweder durch das Einreichen einer Teilnahmebescheinigung der BLÄK beziehungsweise der PTK Bayern, mit der diese die Peer Reviews als Fortbildungsveranstaltung nach Kategorie C anerkannt hat, oder durch das Einreichen eines Protokolls einer durchgeführten praxisnetzinternen Visitation.

Definition „Peer-Review“

„Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-)Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.“

Grol R. Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. Qual Health Care 1994;3(3):147-52.

Dr. Veit Wambach ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Nürnberg, Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz eG. und seit 2011 Vorsitzender der Agentur deutscher Arztnetze. Im Folgenden skizziert er das Peer-Review-Verfahren des Gesundheitsnetzes QuE eG Nürnberg.

Exkurs zum Peer-Review-Verfahren des Gesundheitsnetzes QuE eG Nürnberg



Der Grundgedanke des Peer-Review-Verfahrens im Gesundheitsnetz QuE eG Nürnberg ist der, sich von gleichgestellten Kollegen beobachten zu lassen, um sich selbst verbessern und etwas lernen zu können. Das Verfahren kann gleichzeitig als Instrument der Selbstbewertung im Rahmen der gängigen Qualitätsmanagementverfahren genutzt werden. Wertschätzung und Vertraulichkeit besitzen beim Peer-Review höchste Priorität. Ebenso wie das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung soll auch das Verhältnis zwischen „Gutachter“ und dem „zu Begutachtenden“ von Vertrauen geprägt sein. Letzterer entscheidet selbst, wie er mit den Ergebnissen des Reviews umgeht. Die Ergebnisse von QuE-Peer-Reviews haben stets empfehlenden Charakter und ziehen keine Sanktionen nach sich. Idealerweise gibt es stets einen Besuch und Gegenbesuch, sodass immer beide Teilnehmer die Möglichkeit haben, auf Augenhöhe voneinander zu lernen.

Peer-Review als Katalysator von persönlicher (Praxis-)Entwicklung und Vernetzung hinterfragt kritisch gewohnte Handlungsweisen im Praxisalltag und gibt Anregungen zum Austausch guter Praxisbeispiele. Peer-Review kann unmittelbar zur Qualitätsentwicklung, Verbesserung der Patientenversorgung und Erhöhung der Patientensicherheit beitragen.

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie ihre Praxisteams erhalten in der Regel keinerlei fachliches Feedback über ihr Tun und ihre Praxisabläufe. Patientenbewertungsportale oder Zufriedenheitsbefragungen bilden hier noch eine Ausnahme. Viele Ärzte und Psychotherapeuten scheuen auch externe Audits, zum Beispiel im Rahmen von QM-Zertifizierungsverfahren. Kostengründe und auch die starren Inhalte einer DIN EN ISO 9001 schrecken hier oft ab. Peer-Review fördert dagegen zum gegenseitigen Nutzen einen wertschätzenden, gegebenenfalls auch fachübergreifenden Dialog mit Kollegen auf Augenhöhe. Es ist vertraulich, frei von Schuldzuweisungen und Sanktionen und hat empfehlenden Charakter. Hilfe zur Selbsthilfe, zum Beispiel zur Änderung von Praxisroutinen, und der Austausch von guten/besten Praxisbeispielen stehen stets im Vordergrund.

„Aufgrund der sehr positiven Erfahrungen (100 Prozent Weiterempfehlung unserer bisherigen Teilnehmer) haben wir Peer-Review als neues Instrument der Qualitätsförderung dauerhaft im Gesundheitsnetz QuE etabliert. Ich kann jedem Netz empfehlen, Peer-Review einmal auszuprobieren. Die Entwicklung eines gemeinsamen Verfahrens erfordert zwar ein wenig Aufwand, die Definition von Spielregeln und Verfahrensabläufen ist aber eine wichtige Voraussetzung, damit am Ende alle Beteiligten profitieren.“

Dr. med. Andreas Lipécz, Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt und Vorstandsmitglied QuE eG, im Netz für die Entwicklung von Peer-Review verantwortlich

In Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde im Gesundheitsnetz QuE ab 2015 ein eigenes Peer-Review-Verfahren entwickelt. Umfangreiche fachliche Schulungsmaßnahmen sowie Trainings zur Förderung der Kommunikationskompetenz waren Grundlage für die Ausbildung von gut einem Dutzend ärztlicher Peers. Seit Ende 2016 gibt es ergänzend auch gegenseitige Hospitationen der Medizinischen Fachangestellten im Netz – letztendlich mit denselben Zielen: voneinander zu lernen und das eigene Handeln kritisch zu beurteilen, um Verbesserungspotenziale aufgezeigt zu bekommen.

(Nähere Informationen unter: www.gesundheitsnetznuernberg.de)

5. Anerkennung: Wie funktioniert sie?

Ihr Praxisnetz hat sich dafür entschieden, den Weg der Anerkennung nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zu gehen. Und Sie als Geschäftsführer oder Vorstand des Praxisnetzes fragen sich, welche die nächsten Schritte sind.

Von der Antragstellung zur Anerkennungsurkunde

Lassen Sie sich zunächst bei der Meldestelle der KVB als Praxisnetz registrieren. Hierfür können Sie entweder die Praxisnetz-Hotline unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 07 50 anrufen oder Sie schicken eine E-Mail an das Postfach Praxisnetze@kvb.de. Auf unserer Internetseite finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze/Anerkennung, Förderung, Vergütung, Service* alle Anerkennungsanträge. Wählen Sie die Stufe aus, die Sie beantragen möchten. Sie können den Antrag bequem online ausfüllen. Antragsteller ist stets der vertretungsberechtigte Geschäftsführer des Praxisnetzes.

Die sechs Abschnitte des Anerkennungsantrags

1. Allgemeine Angaben
2. Beantragung
3. Voraussetzungen
4. Selbstauskunft
5. Verpflichtungserklärung
6. Einverständniserklärung

Der Antrag ist insgesamt in sechs Abschnitte unterteilt. Alle Anforderungen und Kriterien, die durch die Einreichung eines bestimmten Dokuments nachgewiesen werden sollen, sind durch eine stilisierte Heftklammer gekennzeichnet. Alle erforderlichen Anlagen sind nummeriert, wobei die vordere Ziffer auf die Antragsstufe verweist (B: Basis-Stufe; I: Stufe I; II: Stufe II), die hintere Zahl auf die Anlagennummer. Alle Anlagen sind dem Antragsformular beigelegt und müssen vollständig ausgefüllt und mit einem Stempel Ihres Praxisnetzes versehen werden.

Im ersten Abschnitt benötigen wir vor allem allgemeine Angaben zu Ihrem Praxisnetz (Name des Praxisnetzes, Anschrift, Geschäftsführer, Ärztlicher Leiter, Gründungsdatum etc.). Wir bitten Sie hier um die Einreichung einer Vollmachterklärung des Geschäftsführers, dass dieser berechtigt ist, im Namen des Praxisnetzes Rechtsgeschäfte abzuschließen. Der zweite Abschnitt macht deutlich, welche Anerkennungsstufe beantragt wird. Im dritten

Abschnitt werden alle erforderlichen Voraussetzungen und die dazu notwendigen Nachweise benannt. Hier können Sie diese sukzessiv abhaken, sofern Ihnen die verlangten Nachweise bereits vorliegen. Einige Kriterien werden durch eine Selbstauskunft erfüllt, diese sind im vierten Abschnitt auszufüllen. Einige Kriterien werden durch eine Selbsterklärung erfüllt, diese sind alle im fünften Abschnitt zu finden. Indem Sie hier die entsprechende Selbsterklärung ankreuzen, bestätigen Sie uns, dass Ihr Praxisnetz diese Anforderung erfüllt. Im letzten Abschnitt benötigen wir Ihre Einverständniserklärung für bestimmte Themen (Weitergabe von Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Veröffentlichung auf unserer Website, Richtigkeit der Angaben, Auskunft an die Bayerische Landesärztekammer etc.).

Eine Checkliste soll Ihnen nochmal die Möglichkeit geben zu überprüfen, ob Sie nun alle erforderlichen Nachweise gesammelt und auch nichts übersehen haben. Bitte kennzeichnen Sie, in welcher Form Sie die geforderten Nachweise eingereicht haben: elektronisch oder in Papierform.

Datenübermittlung

Einige der zu erbringenden Nachweise des Anerkennungsantrags sollen der KVB vorzugsweise elektronisch übermittelt werden. Die Übermittlung erfolgt hier per E-Mail über das Postfach Praxisnetze@kvb.de. Wir empfehlen Ihnen, die elektronischen Nachweise nur verschlüsselt einzuschicken, da ansonsten ein unbefugter Zugriff Dritter nicht ausgeschlossen werden kann. Bitte gehen Sie dabei wie folgt vor:

1. Öffnen Sie die zu verschlüsselnde Datei.
2. Klicken Sie oben links auf „Datei“ – „Speichern unter“ – „Durchsuchen“.
3. Klicken Sie anschließend unten „Tools“ auf „Allgemeine Optionen“.
4. Das Passwort zum Verschlüsseln der Datei erfragen
Sie bitte telefonisch über unsere Praxisnetzhotline unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 07 50.
5. Geben Sie das von der KVB vergebene Passwort unter „Kennwort zum Öffnen“ ein, wiederholen Sie die Eingabe erneut und bestätigen Sie es, indem Sie auf „OK“ klicken.
6. Speichern Sie die Datei auf Ihrem eigenen Computer in einem Dateiordner ab.
7. Mailen Sie die verschlüsselte Datei an die E-Mail-Adresse Praxisnetze@kvb.de.

Hinweis: Die KVB übernimmt keine Haftung für Fehler in der Datenübermittlung.

Interview mit Dr. med. Wolfgang Steinbach, Vorstandsvorsitzender des Gesundheitsnetzes Region Bamberg eG

„Bereits der Aufbau des Antrags ist ein Leitfaden für die Verbesserung der Qualitätsstruktur in jedem Netz.“



Das Gesundheitsnetz Region Bamberg eG befindet sich derzeit im Anerkennungsprozess. Was das konkret für die Mitglieder bedeutet und wie sie die Beratung und Unterstützung durch die KVB wahrnehmen, verrät Allgemeinmediziner Dr. Wolfgang Steinbach aus Scheßlitz im Interview.

Herr Dr. Steinbach, Ihr Praxisnetz beschäftigt sich momentan mit dem Thema Anerkennung. Hierzu haben Sie auch das Know-how und die Beratung der KVB in Anspruch genommen und die Inhalte mit Ihren Mitgliedern kontrovers diskutiert. Wie ist der aktuelle Sachstand?

Der Entscheidung für ein anerkanntes Praxisnetz gingen selbstverständlich Diskussionen zu den anstehenden Möglichkeiten und Veränderungen voraus, aber die Vorteile zur Verbesserung der Patientenversorgung konnten alle Mitglieder überzeugen. Seit Beginn dieses Jahres arbeiten wir uns Schritt für Schritt durch die Antragsvoraussetzungen. Dazu nimmt unsere neue Geschäftsführung öfters die vielfältigen

Beratungsmöglichkeiten der KVB in Anspruch. Die KVB-Mitarbeiter in Oberfranken und München nehmen immer sehr freundlich unsere diversen Fragen zum doch sehr umfangreichen Antrag auf und beantworten sie teils bereits telefonisch oder umfassend per Mail. Es ist für uns ein beruhigendes Gefühl, dass wir bei Unklarheiten schnell eine kompetente Auskunft bekommen.

Welche Vorteile verspricht sich Ihr Praxisnetz von der Anerkennung?

Da man all die notwendigen Maßnahmen und Veränderungen im Antrag unseres Erachtens unter der Rubrik „Qualitätsverbesserung“ subsumieren kann, sehen wir in der Anerkennung ausschließlich Vorteile. Bereits der Aufbau des Antrags ist ein Leitfaden für die Verbesserung der Qualitätsstruktur in jedem Netz. Weitere Pluspunkte sind regelmäßige Fortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte, die Förderung eines kontinuierlichen fachlichen Austausches in den Qualitätszirkeln sowie eine Verbesserung der medizinischen Qualität der Patientenversorgung. Durch die Anerkennung hoffen wir auch, als starker Zusammenschluss von Ärzten aus der Region, von den dort lebenden Menschen wahrgenommen zu werden. Wir möchten ihr Gesundheitsbewusstsein weiter positiv stärken und sind uns sicher, dass wir auf diesem Weg eine verbesserte Compliance der Patienten erreichen können.

Natürlich denken wir auch an unsere Gesellschafter, denen wir einen verbindlichen Zusammenhalt, eine Stärkung ihrer Position und Möglichkeiten zur Kommunikation untereinander bieten wollen. Bereits die Diskussion über das Anerkennungsverfahren war ein Schritt für die gestärkte Kommunikation. Denn das Abstecken einer gemeinsamen Vorgehensweise, das Verfolgen eines Ziels, nämlich gemeinsam an einem Strang zu ziehen, ist die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

Interview: Dr. Sandra Héroult

ZERTIFIKAT



Die Voraussetzungen zur Anerkennung von Praxisnetzen werden durch die Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in den Paragraphen 3 und 4, gemäß dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Paragraf 87b Absatz 4, geregelt.

Das Praxisnetz

Muster Praxisnetz



erfüllt alle Voraussetzungen und ist daher seit dem 15. Februar 2018 ein von der KVB

„Anerkanntes Praxisnetz“

auf der Basis-Stufe.

München, den 15. Februar 2018

Dr. Krombholz
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Schmelz
1. stv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Ritter-Rupp
2. stv. Vorsitzende des Vorstandes

Sobald Ihr Antrag bei uns eingegangen ist, werden die von Ihnen eingereichten Unterlagen durch unsere Meldestelle geprüft. Sollte der Antrag nicht vollständig sein oder weiterer Ergänzungen bedürfen, erhalten Sie von uns ein Nachforderungsschreiben. Dieses soll Ihnen helfen, Ihren Antrag zu vervollständigen. Sobald Ihr Antrag genehmigt wurde, erhalten Sie einen Anerkennungsbescheid, eine Praxisnetznummer und eine Urkunde. Für den Fall, dass Ihr Netz nicht alle Anforderungen erfüllt und abgelehnt wird, erhalten Sie ebenfalls einen Bescheid.

Gebühr

Für die Bearbeitung der Anträge wird – unabhängig vom Ergebnis „Anerkennung oder Ablehnung“ – eine einmalige Gebühr erhoben (siehe Anlage 1 der Gebührenordnung der KVB, in der jeweils gültigen Fassung).

Anerkennungsstufe	Gebühr
Basis-Stufe	950,- Euro
Stufe I	950,- Euro
Stufe II	950,- Euro
Basis-Stufe + Stufe I	1.600,- Euro
Stufe I + Stufe II + Stufe II	1.600,- Euro
Basis-Stufe + Stufe I + Stufe II	2.200,- Euro

Tabelle 1

Quelle: KVB

Für die Bearbeitung eines einzelnen Antrags (Basis-Stufe, Stufe I oder Stufe II) ist eine Gebühr in Höhe von 950,- Euro zu entrichten. Für die Bearbeitung zweier zeitgleich eingereichter Anträge – zum Beispiel Basis-Stufe- und Stufe I-Antrag – wird eine Gebühr in Höhe von 1.600,- Euro erhoben. Für die Bearbeitung dreier zeitgleich eingereichter Anträge wird eine Gebühr in Höhe von 2.200,- Euro erhoben. Die Gebühr wird mit Zugang des Bescheids fällig.

Nach der Anerkennung

Wurde Ihr Praxisnetz auf einer oder mehreren Stufen anerkannt, sind folgende drei Punkte zu beachten:

Einreichung eines jährlichen Netzberichts

Der Nachweis des Kriteriums Darlegungsfähigkeit auf Praxis- und Praxisnetzebene erfolgt nicht im Rahmen des Anerkennungs-

verfahrens, sondern durch das jährliche Einreichen eines Berichts Ihres anerkannten Praxisnetzes (Netzbericht). Die Meldestelle sendet Ihnen jährlich bis zum 31. Mai eine elektronische Vorlage mit insgesamt 14 Abfragen zu. Die Nummern 1 bis 8 sind bereits von der KVB ausgefüllt worden. Die Nummern 9 bis 14 der Vorlage sind von Ihrem Praxisnetz zu vervollständigen und bis zum 30. Juni an die Meldestelle zu übermitteln.

Re-Zertifizierung: Aufrechterhaltung der Anerkennung

Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung muss Ihr Praxisnetz fünf Jahre nach Zugang des jeweiligen Anerkennungsbescheids unaufgefordert erneut alle Nachweise gegenüber der KVB einreichen. Weist Ihr anerkanntes Praxisnetz die Anforderungen gegenüber der KVB nicht rechtzeitig nach, kann die KVB eine Nachfrist von bis zu sechs Monaten setzen. Werden die Anforderungen innerhalb dieser Frist nicht nachgewiesen, ist die Anerkennung Ihres Praxisnetzes seitens der KVB durch Bescheid schriftlich zu widerrufen. In diesem Fall können Sie einen neuen Antrag auf Anerkennung erst nach Ablauf einer Sperrfrist von sechs Monaten, gerechnet ab Zugang des Widerrufsbescheids beim Praxisnetz, stellen.

Änderungsanzeige

Sie müssen der KVB Änderungen mitteilen, die sich auf den Anerkennungsstatus auswirken können. Diese müssen Sie der KVB unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sieben Werktagen ab Kenntnis schriftlich anzeigen. Verwenden Sie bitte hierfür das Formular „Änderungsanzeige“ auf der Internetseite der KVB unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze*. Die KVB bestätigt den Erhalt der Änderungsanzeige innerhalb von vier Wochen ab deren Eingang und stellt im Rahmen der Bestätigung fest, ob durch die angezeigte Änderung der Anerkennungsstatus des Praxisnetzes betroffen ist und welche Maßnahmen Ihr Praxisnetz ergreifen muss, um den Anerkennungsstatus zu erhalten. Maßgeblich für den Eingang der Änderungsanzeige bei der KVB ist der Poststempel. Führt die Änderung dazu, dass die Anerkennungsvoraussetzungen Ihres Praxisnetzes nicht mehr erfüllt sind, setzt die KVB Ihnen eine Übergangsfrist von sechs Monaten zur Wiederherstellung der Voraussetzungen zur Anerkennung. Werden die Verpflichtungen nicht erfüllt, kann die KVB die Anerkennung schriftlich durch Bescheid widerrufen.



II. Netzaufschlag im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Für Ärzte, die Mitglieder von Praxisnetzen sind, gelten grundsätzlich die gleichen Vergütungsregelungen wie für alle anderen Ärzte. Für anerkannte Praxisnetze sehen die Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2015 darüber hinaus gesonderte Vergütungsregelungen vor.

Die KVB fördert aus dem Strukturfonds Projekte anerkannter Praxisnetze (Näheres im nächsten Kapitel) und hat zudem zum 1. Januar 2016 einen „Netzaufschlag“ für Ärzte eingeführt, die in anerkannten Praxisnetzen tätig sind. Wie wird der Netzaufschlag finanziert und wie wird er ermittelt? Wo finde ich diesen in meiner Abrechnung?

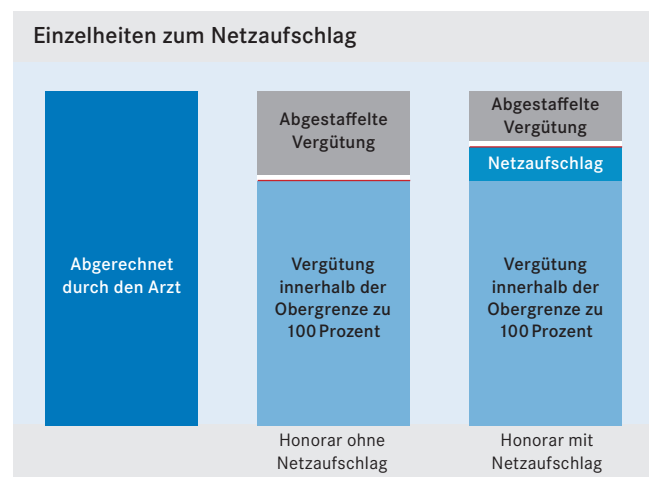
1. Allgemeiner Überblick über die Finanzierung und Berechnung des Netzaufschlags

Der Netzaufschlag wird aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) finanziert. Unter der MGV versteht man – stark verkürzt – ein festes Geldvolumen, das die bayerischen Vertragsärzte von den Krankenkassen erhalten. Die Höhe der MGV wird im Honorarvertrag vereinbart. Die Verteilung der MGV an die Vertragsärzte erfolgt durch den von der Vertreterversammlung der KVB festgesetzten HVM. Die über den HVM zu verteilende Geldmenge ist begrenzt und in der Konsequenz kommt der HVM nicht ohne Mengensteuerung aus. In Bayern erfolgt diese Mengensteuerung in erster Linie mittels einer seit dem Jahr 2013 in den Grundzügen unveränderten Obergrenzensystematik aus RLV und QZV. Dabei bilden vor Jahresbeginn mitgeteilte kalkulatorische Fachgruppen-Fallwerte und die aktuellen Fallzahlen des Arztes die grundsätzliche Basis für die Berechnung der jeweiligen Obergrenze. Für Ärzte, die an einem anerkannten Praxisnetz teilnehmen, wird diese Obergrenze dann um den Netzaufschlag erhöht.

Nach Eingang der Abrechnung werden die von einer Praxis abgerechneten Leistungen dieser Obergrenze gegenübergestellt. Bis zur Obergrenze werden die abgerechneten und anerkannten Leistungen zu den Preisen der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Die die Obergrenze überschreitenden Leistungen werden nur noch quotiert (mit einer fachgruppenspezifischen Überschreitungsquote) vergütet.

Der HVM-Netzaufschlag ist eine Regelung auf Arzzebene. Formal erhält jeder Arzt, der Mitglied eines (oder mehrerer) von der KVB anerkannten Praxisnetzes ist, diesen Aufschlag in Form einer Erhöhung seiner Obergrenze (aus RLV und QZV) in Höhe von 125 Euro. Auf diese werden sozusagen 125 Euro „draufgeschlagen“ und ermöglichen bis dahin eine Vergütung zu den Preisen der B€GO. Erst nach Überschreitung der angehobenen Obergrenze werden die erbrachten Leistungen quotiert. Ist der Arzt nicht mit vollem Teilnahmeumfang tätig, arbeitet er also zum Beispiel in Teilzeit, verringert sich der Netzaufschlag entsprechend.

Weitere Details zur Honorarsystematik, zum HVM und zur Berechnung der Obergrenze finden Sie auch in unserer Honorarbrochure „Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2018“, die als Online-Fassung unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/ Honorar/ Honorar ab 01.01.2018* abrufbar ist.



Seit dem 1. Januar 2017 sind im HVM für den Netzaufschlag maximal 400.000 Euro pro Quartal vorgesehen. Auf das Jahr gerechnet ergibt sich damit ein rechnerisches Gesamtvolumen für den Netzaufschlag in Höhe von 1,6 Millionen Euro. Sollte die Anzahl der Netzärzte so ansteigen, dass die Summe der Netzaufschläge ein rechnerisches Volumen von 400.000 Euro pro Quartal übersteigt, erfolgt eine Quotierung des Aufschlags. Der Netzaufschlag wird automatisch von der KVB zugesetzt, für Praxisnetzen entsteht somit kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

2. Der Netzaufschlag: Wie funktioniert er?

Ihr Praxisnetz ist anerkannt worden und nimmt nun automatisch an der HVM-Vergütungsregelung teil. Was müssen Sie als Geschäftsführer oder Vorstand eines Praxisnetzes beachten, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten?

Sie müssen uns lediglich rechtzeitig eine aktuelle Liste der Netzmitglieder zukommen lassen. Bitte reichen Sie Ihre Netzmitgliederlisten jeweils spätestens am letzten Tag eines Quartals per E-Mail an praxisnetze@kvb.de ein. Hierzu finden Sie auf unserer Internetseite www.kvb.de eine „Musterliste Praxisnetzmitglieder“. Bitte verschlüsseln Sie die Daten, um einen unbefugten Zugriff durch Dritte auszuschließen (siehe Kasten). Beachten Sie, dass die HVM-Vergütungsregelung nur bei einer rechtzeitig vorliegenden und aktuellen Liste der ärztlichen Netzmitglieder pro Quartal umgesetzt werden kann.

Wie reiche ich als Netzbüro die Netzmitgliederliste ein?

1. Öffnen Sie die Netzmitgliederliste.
2. Klicken Sie oben links auf „Datei“ – „Speichern unter“ – „Durchsuchen“
3. Klicken Sie anschließend unten „Tools“ auf „Allgemeine Optionen“
4. Das Passwort zum Verschlüsseln der Datei erfragen Sie bitte telefonisch über unsere Praxisnetzhotline unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 07 50.
5. Geben Sie das von der KVB vergebene Passwort unter „Kennwort zum Öffnen“ ein, wiederholen Sie die Eingabe erneut und bestätigen Sie es, indem Sie auf „OK“ klicken.
6. Speichern Sie die Datei (verschlüsselte Netzmitgliederliste) auf Ihrem eigenen Computer in einem Dateiordner ab.
7. Mailen Sie die verschlüsselte Netzmitgliederliste spätestens am letzten Tag eines Quartals an die E-Mail-Adresse: Praxisnetze@kvb.de.

Sie gehören einem anerkannten Praxisnetz an und möchten erfahren, wo der Netzaufschlag in Ihrer Abrechnung abgebildet ist?

In Ihrer Abrechnung ist der Netzaufschlag sowohl im Nachweis „Ermittlung der Obergrenze (RLV und QZV) – GKV“ als auch im „Obergrenzen – Abrechnungsnachweis GKV“ gesondert abgebildet.

Zur Berechnung der tatsächlichen Auswirkungen einer Mitgliedschaft in einem anerkannten Praxisnetz wird das Honorar einer fiktiven Ärztin in einer Einzelpraxis – Frau Dr. Mustermann – die keine Netzärztin ist, dem Honorar von Hr. Dr. Mustermann, der Mitglied eines anerkannten Praxisnetzes ist, gegenübergestellt. Herr und Frau Dr. Mustermann rechnen im betrachteten Quartal ein Leistungsvolumen von 22.000 Euro ab. Ausgehend von einer Obergrenze von 20.000 Euro beider Ärzte erhöht sich diese für den Netzteilnehmer um 125 Euro auf 20.125 Euro.

Obergrenze	Herr Dr. Mustermann mit Netzaufschlag	Frau Dr. Mustermann ohne Netzaufschlag
Obergrenze (laut Nachweis Ermittlung der Obergrenze RLV und QZV - GKV)	20.000 €	20.000 €
+ Netzaufschlag	125 €	0 €
= Obergrenze einschließlich Netzaufschlag (OGR)	20.125 €	20.000 €
Obergrenze relevante Leistungs- anforderung	22.000 €	22.000 €
- Obergrenze	- 20.125 €	- 20.000 €
= Obergrenze überschritten	1. 875 €	2.000 €

Tabelle 2

Quelle: KVB



Musternachweise

Ermittlung der Obergrenze (RLV und QZV) - GKV

KVB 80684 München

Gemeinschaftspraxis
 Dr.med. Hans Mustermann
 Musterstr. 1
 12344 Musterhausen

Betriebsstättennummer 630000000
 Quartal 1/2018
 Datum des Honorarbescheides
 Seite 1 von 3

Für Ihre Praxis ermittelt sich die Obergrenze wie folgt:

Name	Vorname	LANR	Obergrenze
Mustermann	Hans	111111111	20.000,00 €
Obergrenze der Praxis im Quartal 1/2018			20.000,00 €
zuzüglich Netzaufschlag der Praxis im Quartal 1/2018 (siehe auch Obergrenzen - Abrechnungsnachweis GKV)			125,00 €

Einzelheiten zur weiteren Berechnung finden Sie auf den nächsten Seiten

Hinweise:
 Änderungen, die sich im Rahmen von Antragsverfahren ergeben, sind hier ggf. noch nicht enthalten.
 Im Zusammenhang mit Selektivverträgen, Leistungen im Rahmen der §§ 115b, 116b SGB V bzw. von neuen extrabudgetären Vergütungen sind möglicherweise weitere Bereinigungen notwendig (siehe ggf. gesonderten Nachweis).
 Dieser Nachweis ist Bestandteil des Honorarbescheides. Es gilt die dort aufgeführte Rechtsmittelbelehrung.

Obergrenzen - Abrechnungsnachweis GKV

KVB 80684 München

Gemeinschaftspraxis
 Dr.med. Hans Mustermann
 Musterstr. 1
 12344 Musterhausen

Betriebsstättennummer 630000000
 Quartal 1/2018
 Datum des Honorarbescheides
 Seite 1 von 1

1. Obergrenze (RLV / QZV)		
1.1	Obergrenze (laut Nachweis Ermittlung der Obergrenze RLV und QZV - GKV)	20.000,00 €
1.2	Netzaufschlag (laut Nachweis Ermittlung der Obergrenze RLV und QZV - GKV)	125,00 €
1.3	Obergrenze einschl. Netzaufschlag	20.125,00 €
1.4	Obergrenze relevante Leistungsanforderung	22.000,00 €
1.5	Obergrenze anerkannt	20.125,00 €
1.6	Obergrenze überschritten	1.875,00 €

Die in der Honorarzusammenstellung ermittelten Endsummen können ggf. aufgrund von Rundungen auf GOP-Ebene geringfügig höher sein.
 Dieser Nachweis ist Bestandteil des Honorarbescheides. Es gilt die dort aufgeführte Rechtsmittelbelehrung.

Auf dem Nachweis „Ermittlung der Obergrenze“ wird auf Seite 1 die Höhe des Netzaufschlages für die Praxis ausgewiesen. Der Betrag für den einzelnen Arzt wird auf den Folgeseiten jeweils gesondert genannt.

Auf dem Nachweis „Obergrenzen - Abrechnungsnachweis“ wird der für die Praxis ermittelte Netzaufschlag übernommen und die Obergrenze der Praxis entsprechend erhöht.

III. Förderung von Praxisnetzprojekten über den Strukturfonds

1. Überblick über den Strukturfonds

Anerkannte Praxisnetze auf der Basis-Stufe können über den Strukturfonds gefördert werden. Aber was verbirgt sich eigentlich hinter dem Strukturfonds? Wie und wofür wird er gebildet? In Paragraph 105 SGB V hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Um langfristig weiterhin eine flächendeckende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Bayern gewährleisten zu können, hat die KVB in einer Sicherstellungsrichtlinie finanzielle Fördermaßnahmen festlegt. Die Finanzierung der Fördermaßnahmen erfolgt aus einem Strukturfonds, für den die KVB und die Krankenkassen gemäß Paragraph 105 Absatz 1a SGB V zu gleichen Teilen Finanzmittel zur Verfügung stellen. Hierzu stellt die KVB 0,1 Prozent der nach Paragraph 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereit. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds gebildet, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten.

2. Voraussetzungen für die Förderung anerkannter Praxisnetze

2016 wurde mit der neugefassten Sicherstellungsrichtlinie der KVB zur Verwendung der Finanzmittel aus dem Strukturfonds neben dem Netzaufschlag eine weitere Fördermöglichkeit aufgenommen. Unabhängig von den Feststellungen des Landesausschusses ermöglicht dies, anerkannte Praxisnetze durch einen finanziellen Zuschuss aus dem Strukturfonds zu fördern. Anerkannte Praxisnetze, die gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V mindestens die Anerkennung auf der Basis-Stufe erreicht haben, sind seitdem berechtigt, einen Förderantrag zu stellen.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um eine solche Förderung zu beantragen? Und welche Verpflichtungen bringt dies mit sich?

Die Förderung aus dem Strukturfonds unterstützt Projekte anerkannter Praxisnetze, die einen besonderen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region, in der das Praxisnetz tätig ist, leisten. Die Projekte können insbesondere in den folgenden Bereichen stattfinden:

- Heimversorgung (zum Beispiel Geriatrie)
- Palliativversorgung
- Begleitung der Versicherten durch die Versorgungssektoren (zum Beispiel Überleitungsmanagement)
- Telemedizin
- Versorgung im ländlichen Raum
- Darüber hinaus kann der KVB-Vorstand weitere Projekte aus anderen ausgewählten Versorgungsbereichen anerkennen, soweit eine gleichwertige Bedeutung für die Sicherstellung der gesetzlich Versicherten gegeben ist.

Unter diesen Voraussetzungen können anerkannte Praxisnetze eine Fördersumme in Höhe von 40.000 Euro beantragen, um damit ihre Netzprojekte zu realisieren. Die Auszahlung der Förderung erfolgt in Form einer Einmalzahlung.

Voraussetzungen zur Förderung anerkannter Praxisnetze

1. Ausfüllen des Förderantrags
2. Einreichung einer Vollmachtserklärung als vertretungsberechtigter Geschäftsführer des Praxisnetzes
3. Vorliegen eines Anerkennungszertifikats des Praxisnetzes auf mindestens der Basis-Stufe
4. Nachweis über den besonderen Beitrag zur Sicherstellung und einer entsprechend beschreibenden Projektskizze
5. Verbindliche Erklärung, sich auf die Stufe I weiterzuentwickeln sowie zur Einreichung eines Abschlussberichts zum konkreten Projekterfolg und zu der Mittelverwendung bis zum Ablauf des dritten Jahres ab Zugang des Förderbescheids der KVB

Der Anspruch auf eine Förderung ist an zwei Verpflichtungen gekoppelt:

- Das antragstellende Praxisnetz verpflichtet sich, sich innerhalb von drei Jahren ab Zugang des Förderbescheids auf die

Stufe I der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen weiterentwickeln.

- Des Weiteren verpflichtet es sich, der KVB innerhalb dieses Zeitraums einen Abschlussbericht zum konkreten Projekterfolg und zu der Mittelverwendung vorzulegen.

Sollte das Praxisnetz nach Ablauf der Frist eine oder beide Verpflichtungen nicht erfüllen, greifen Rückzahlungsverpflichtungen. Das bedeutet, wenn weder das Anerkennungszertifikat für die Stufe I, noch der Abschlussbericht mit den geforderten Inhalten fristgerecht vorliegt, verpflichtet sich das Praxisnetz zur Rückzahlung der gesamten Fördersumme. Liegt einer der beiden Bedingungen innerhalb der Frist vor, so ist die Hälfte der Fördersumme an die KVB zurückzuzahlen.

3. Förderung: Wie funktioniert sie?

Wer einen Antrag auf Förderung seines Praxisnetzprojektes stellen möchte, wird hierbei von der KVB umfassend unterstützt. Den Förderantrag selbst finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze/Anerkennung Förderung Vergütung Service*. Diesen können Sie bequem online ausfüllen.

Der Antrag ist in insgesamt fünf Abschnitte unterteilt. Im ersten Abschnitt benötigen wir vor allem allgemeine Angaben zu Ihrem Praxisnetz (Name, Anschrift, Datum der Anerkennung etc.). Wir bitten Sie hier um die Einreichung einer Kopie des Anerkennungszertifikats und einer Vollmachtserklärung des Geschäftsführers, dass dieser berechtigt ist, im Namen des Praxisnetzes Rechtsgeschäfte abzuschließen.

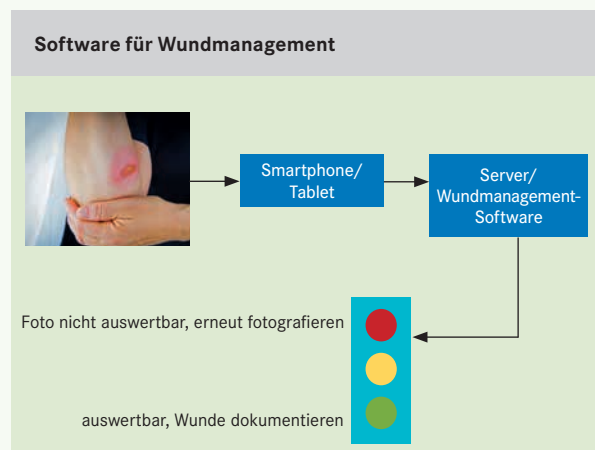
Förderprojekt des Praxisnetzes Nürnberg Süd e. V.

Software für Wundmanagement

Eine der dringenden Aufgaben, denen sich das Praxisnetz Nürnberg Süd (PNS) derzeit stellt, ist die Verbesserung des Wundmanagements, das in mehreren Stufen umgesetzt werden soll. Neben einer strukturierten Wunddokumentation soll eine automatisierte Vermessung von Wundfotos erfolgen, die zu Verlaufsbeobachtung herangezogen werden können. Da es eine derartige Software noch nicht gibt, arbeitet das PNS gegenwärtig mit verschiedenen Partnern an entsprechenden Lösungen.

Die Entwicklung stellt eine enorme Herausforderung dar, da die Bestandteile der Dokumentation anerkannten Standards unterliegen sollen und die Bilderkennungssoftware von Grund auf neu entwickelt werden muss. Ziel ist die automatisierte Erkennung von Wundgrößen und die Feststellung der sich im Verlauf einer Wundheilung verändernden Größe der Verletzung. Die Wundfotografie soll dabei mit handelsüblichen Geräten

(Smartphones oder Tablets) mithilfe einer Internetverbindung datenschutzkonform erfolgen.



In einem zweiten Dokumentationsschritt sollen die verwendeten Materialien zur Wundversorgung aufgelistet und später bewertet werden, da bei schlecht heilenden Wunden eine Änderung im Wundmanagement erfolgen muss.

Der zweite Abschnitt dreht sich um die konkrete Beantragung der Fördergelder und das zu fördernde Projekt. Dieses soll kurz von Ihnen beschrieben und kategorisiert werden: Ausgangssituation, eventuelle Versorgungsdefizite, Ziele, Eckpunkte, Laufzeit des Projekts.

Die Förderbedingungen (Verpflichtung zur Weiterentwicklung auf Stufe I, Einreichung eines Abschlussberichts zum konkreten Projekterfolg und zu der Mittelverwendung) werden im dritten Abschnitt aufgeführt.

Im vierten Abschnitt werden potenzielle Rückzahlungsverpflichtungen erläutert, also wann die gesamte Fördersumme und wann die Hälfte der Förderung zurückzuzahlen ist.

Im fünften und letzten Abschnitt benötigen wir die Kontoverbindung Ihres Praxisnetzes.

Die fünf Abschnitte des Förderantrags

1. Allgemeine Angaben
2. Beantragung
3. Förderbedingungen
4. (Potenzielle) Rückzahlung der Förderung
5. Angaben zur Kontoverbindung

Für weitere Informationen oder einen persönlichen Beratungstermin nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit uns auf. Sie erreichen uns unter der Praxisnetzhotline 0 89 / 5 70 93 – 4 07 50 oder per E-Mail an Praxisnetze@kvb.de.



IV. Ihr KVB-Service rund um Ihre Praxisnetze

Die KVB bietet zahlreiche und vielfältige Services für Praxisnetze an. Diese reichen von der Beratung von Praxisnetzen über die Betreuung im Selektivvertragsgeschäft bis hin zur Begleitung von Praxisnetzprojekten, zum Beispiel aus dem Innovationsfonds.

1. Beratung von Praxisnetzen

Die KVB berät neben ihren Mitgliedern und den niederlassungsinteressierten Ärzten und Psychotherapeuten Bayerns auch Praxisnetze. Unser Beratungsangebot lässt sich in drei Bereiche untergliedern.

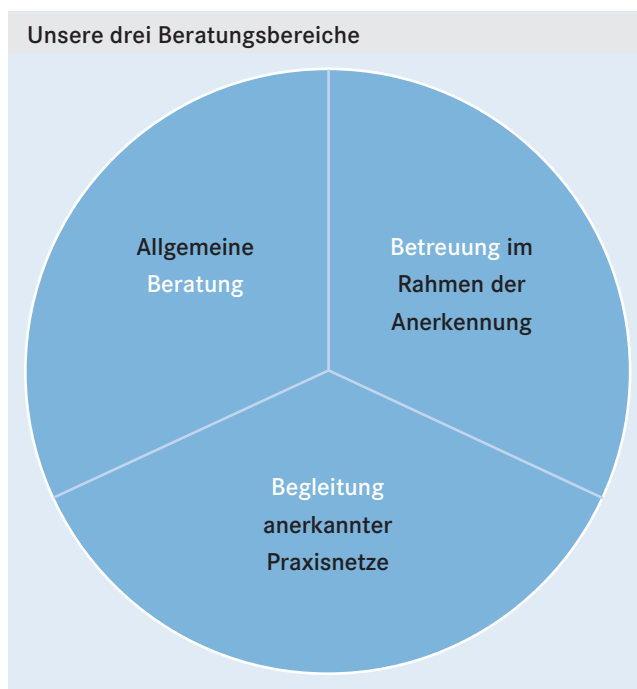


Abbildung 8

Quelle: KVB

Wir unterstützen bestehende sowie gründungsinteressierte Praxisnetze bei allen Kernfragen rund um die vertragsärztliche Tätigkeit. Darüber hinaus betreut unsere eigens eingerichtete Meldestelle die Praxisnetze im Rahmen ihres Anerkennungsprozesses und der damit verbundenen Themen: So organisieren wir zum Beispiel Workshops, übernehmen die Betreuung anerkannter Netze, die eine Förderung beantragen und besuchen sie gegebenenfalls auch vor Ort.

1.1 Allgemeine Beratung

Kernfragen der ambulanten Versorgung betreffen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ebenso wie Praxisnetze. Einzelne Netzmitglieder und ärztliche Leiter können sich jederzeit mit ihren Fragen an uns wenden.

Die KVB-Servicetelefonie ist die erste Anlaufstelle für unsere KVB-Mitglieder, wenn sie ein Anliegen oder Beratungsbedarf zu praxisrelevanten Themen haben.

Während unserer Servicezeiten stehen wir Ihnen für Fragen zur Abrechnung, Verordnung und Technik im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit gerne zur Verfügung.

Unsere Servicezeiten

Montag bis Donnerstag
 von 7.30 bis 17.30 Uhr und
 Freitag von 7.30 bis 14.00 Uhr.

Eine Übersicht unserer Servicetelefonnummern finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Kontakt-und-Beratung*

Viele Fragen im Rahmen unserer Mitgliederberatung sind so komplex, dass sie am Telefon nicht ausgiebig genug beantwortet werden können. Für die individuelle Beratung stehen Ihnen deshalb in jeder KVB-Bezirksstelle – nach Terminvereinbarung – Mitarbeiter für eine persönliche Beratung zur Verfügung.

Wir unterstützen Sie bei Problemlösungen und helfen Ihnen zu folgenden Themenbereichen gerne weiter:

Bei Fragen rund um die Abrechnung

- Abrechnung einschließlich EBM-Anwendung, bayerische Regelungen, Strukturverträge, Hausarztverträge, Sachkostenabrechnung, Job-Sharing-Obergrenzen, Bereitschaftsdienstpauschalen
- Honorarverteilung
- Honorar und Honoraranalysen

Bei Fragen rund um die **Praxisführung**

- Niederlassung
- Kooperationsformen /Praxisnetzgründung
- Praxisabgabe

Bei Fragen rund um **Verordnungen**

- Analyse des Verschreibungsverhaltens
- Einsparpotenziale
- Arzneimittelregress

Eine Übersicht unserer Präsenzberater finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Kontakt-und-Beratung/Präsenzberatung*.

Ein offener und konstruktiver Umgang

„Meine Kolleginnen und Kollegen – die Pharmakotherapeuten der KVB – und ich unterstützen unsere Mitglieder in allen Fragen zu Verordnungen und insbesondere bei der rationalen und rationellen Arzneimitteltherapie. Gerade die Strukturen innerhalb der Netze bieten mir die Möglichkeit, Informationen und Weiterbildungsinhalte für die Mitglieder von Praxisnetzen zielgerichtet aufzubereiten und weiterzugeben. Insbesondere bei der Umsetzung unserer Beratungsinhalte innerhalb der Netze erlebe ich einen offenen und konstruktiven Umgang.“

Dr. rer. nat. Elfriede Buker, Apothekerin,
Leiterin Verordnungsberatung in Nürnberg

1.2 Betreuung im Rahmen der Anerkennung

Wenn Sie Interesse haben, einen wie in Kapitel 1 beschriebenen Antrag auf Anerkennung nach Paragraph 87b Absatz 4 SGB V zu stellen, informieren wir Sie gerne über die notwendigen Schritte. Wir sind hierfür unserem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und haben innerhalb der KVB eine sogenannte Meldestelle eingerichtet. Diese kümmert sich um all Ihre Fragen rund um die Anerkennung Ihres Praxisnetzes auf der Basis-Stufe, der Stufe I und Stufe II.

Unterstützung der Meldestelle vor der Anerkennung:

- Die Meldestelle bespricht mit Ihnen unter anderem, wie die Anträge und Nachweise elektronisch eingereicht werden können.
- Sie prüft Ihre Anerkennungsunterlagen.

- Sie pflegt einen engen Kontakt mit Ihnen, um unnötige Nachforderungen zu vermeiden.
- Für den Fall, dass dennoch Nachweise nachgefordert werden müssen, erläutert sie Ihnen in einem Telefongespräch, welche Dokumente hierfür konkret benötigt werden.

Unterstützung der Meldestelle nach der Anerkennung:

- Die Meldestelle erstellt Ihren Anerkennungsbescheid.
- Sie setzt sich mit Ihnen in Verbindung, um Ihr Logo auf die Anerkennungsurkunde zu platzieren.
- Sie teilt Ihnen Ihre Praxisnetznummer mit.
- Sie teilt Ihnen das Passwort zum Verschlüsseln Ihrer Netzmitgliederlisten mit.
- Sie überprüft Ihre aktuellste Mitgliederliste je Quartal, um eine reibungslose Auszahlung des Netzaufschlags an Ihre Netzmitglieder zu garantieren.
- Die Meldestelle berät Sie gerne zu Re-Zertifizierung und Netzbericht.

Gesundheitsregionen^{plus} – regionale Netzwerke im Fokus

Mit dem Konzept der Gesundheitsregionen^{plus} will das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die medizinische Versorgung und Prävention im Freistaat durch regionale Netzwerke weiter verbessern. Als ein fachlich kompetentes Netzwerk regionaler Akteure des Gesundheitswesens bemühen sich die Gesundheitsregionen^{plus} um die Optimierung der regionalen Gesundheitsvorsorge und -versorgung in Bayern. Bestehend aus einem Gesundheitsforum mit Management- und Steuerungsaufgaben, themenbezogenen Arbeitsgruppen und einer koordinierenden Geschäftsstelle, sollen sich die Gesundheitsregionen^{plus} vorrangig den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gesundheitsversorgung widmen. In den Gesundheitsregionen^{plus} sind unter anderem Krankenhäuser, Ärzte vor Ort, Patientenvertreter, die Politik und Praxisnetze aktiv.

Bei Fragen zu den Gesundheitsregionen^{plus} wenden Sie sich gerne an das Postfach GesundheitsregionPlus@kvb.de.

Interview mit Klaus Tröger, Geschäftsführer der Ärztesgenossenschaft Hochfranken (ÄGH) in Hof

„Neue Impulse für die Weiterentwicklung unserer Ärztesgenossenschaft“



Die ÄGH setzt sich neben einer optimalen Patientenversorgung auch für den Erhalt der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in der Region ein. Im Interview berichtet Tröger über die Zusammenarbeit mit der KVB im Rahmen des Anerkennungsverfahrens als Praxisnetz.

Herr Tröger, die ÄGH ist seit Anfang 2016 als Praxisnetz anerkannt. Durch was zeichnet sich Ihr Netz besonders aus?

Die Ärztesgenossenschaft Hochfranken eG ist eine Gemeinschaft ambulant tätiger Mediziner aller Fachrichtungen. Im Mittelpunkt unseres Handelns steht die optimale medizinische Behandlung unserer Patienten. Dies erreichen wir durch die Sicherstellung der wohnortnahen Flächenversorgung, die Förderung und Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung, die Bündelung der haus- und fachärztlichen Kompetenz, die Sicherung der Ertragskraft der Mitglieder, die Schaffung flexibler Reaktionsmöglichkeiten auf politische Veränderungen sowie die strategische Ausrichtung gemeinsamer Interessen, um auf die Entwicklungen im Gesundheitssystem adäquat reagieren zu können.

Wie haben Sie die Zusammenarbeit und die Kommunikation im Rahmen des Anerkennungsverfahrens mit der KVB erlebt?

Die Zusammenarbeit mit der KVB war sehr fair und konstruktiv.

Unsere Ansprechpartner aufseiten der KV haben sich ausreichend Zeit für uns genommen, sodass die Kommunikation sehr angenehm und das Ergebnis für uns äußerst nutzbringend war.

Einige Mitarbeiter des KVB-Praxisnetzteams haben Sie in Hof besucht. Wie hilfreich war für Sie der persönliche Austausch mit den KV-Kollegen vor Ort?

Der persönliche Dialog war für den strategischen Ausbau unserer Netzarbeit sehr wichtig. Die Akzeptanz unserer Netzttätigkeit durch die Praxismitglieder wurde hierdurch nochmals deutlich und unterstützt. Die Gespräche, die wir mit der KVB in Hof geführt haben, verliefen kollegial und vertrauensvoll. Mit dem Ergebnis sind wir sehr zufrieden, zumal wir neue Impulse für die weitere Entwicklung unserer Ärztesgenossenschaft erhalten haben.

Gibt es aus Ihrer Sicht bei der Kommunikation Ihres Praxisnetzes mit der KVB noch Verbesserungsbedarf?

Ich würde mir mehr aktuelle Informationen über erfolgreiche Projekte aus anderen Netzen wünschen. Das gilt auch für das Thema „Finanzierung von Praxisnetzen“. Darüber hinaus würde ich es begrüßen, wenn die Gespräche und der Austausch mit der KVB vor Ort regelmäßig stattfinden könnten.

Junge Ärzte und Psychotherapeuten für eine Niederlassung auf dem Land zu begeistern, ist eine große Herausforderung. Welche Vorteile kann ein Ärztenetz diesen Nachwuchsmedizinern gerade in ländlichen Regionen anbieten?

In einem Ärztenetz können sich junge Ärzte sehr schnell integrieren und haben die Möglichkeit, sich fachlich und persönlich auszutauschen. Darüber hinaus ist es möglich, gemeinsame Fortbildungen und Fallkonferenzen zu besuchen und für die medizinische Weiterentwicklung zu nutzen. Auch können einheitliche Qualitätssicherungsprojekte umgesetzt werden. Ein genereller Vorteil als Mitglied eines Ärztenetzes besteht darin, dass man trotz der Selbstständigkeit als niedergelassener Arzt kein „Einzelkämpfer“ ist und von der Netzstruktur profitieren kann.

Interview: Dr. Sandra Héroult

1.3 Begleitung anerkannter Praxisnetze

Sind die ersten Sprossen erklommen und Ihr Praxisnetz auf der Basis-Stufe anerkannt, hat Ihr Praxisnetz die Möglichkeit, gemeinsam mit der KVB in Ihrer Region ein Netzprojekt zu realisieren. Das KVB-Praxisnetzteam im Referat Versorgungsinnovationen berät Sie gerne, wenn Sie einen Förderprojektantrag stellen möchten. Mehr Informationen zu unserer Förderung aus dem Strukturfonds finden Sie in Kapitel III, Seite 36 dieser Broschüre.

Einige Fragen hierzu lassen sich am Telefon nicht ausgiebig genug beantworten, deshalb bieten wir unseren anerkannten Praxisnetzen die Teilnahme an Workshops an, um den direkten Austausch zu fördern. Komplexere Sachverhalte können in einem solchen Rahmen besser formuliert, eingegrenzt und gemeinsam gelöst werden. Darüber hinaus sind diese Workshops eine ideale Plattform, um sich als anerkanntes Praxisnetz mit anderen Netzen zu relevanten Themen auszutauschen. Um den Besonderheiten Ihres Praxisnetzes besser Rechnung tragen zu können, aber auch, um Sie persönlich kennenzulernen, besuchen wir Sie auf Wunsch auch gerne in Ihrer Geschäftsstelle.

2. Betreuung von Praxisnetzen im Selektivvertragsgeschäft

Neben dem gesetzlichen Auftrag der Anerkennung von Praxisnetzen bietet die KVB als Dienstleister seit 2011 zahlreiche Services im Bereich des Selektivvertragsgeschäfts an. Unser Portfolio für Praxisnetze umfasst den gesamten Abwicklungsprozess von Zusatzverträgen, der Beratung über die Entwicklung bis hin zur späteren Abrechnung und Evaluation.

2.1 Was sind Zusatzverträge?

Zusatzverträge (auch Selektivverträge genannt) können durch Ärzte, Psychotherapeuten oder deren Berufsverbände, aber auch durch Praxisnetze zusätzlich zur Regelversorgung mit den Krankenkassen geschlossen werden. Dabei bestehen verschiedene Vertragsgrundlagen, speziell:

- besondere Versorgung nach Paragraph 140a SGB V
- hausarztzentrierte Versorgung nach Paragraph 73b SGB V

Die Wahl der Vertragsgrundlage hängt stark von der inhaltlichen

Gestaltung des Zusatzvertrags ab. Verträge nach Paragraph 140a SGB V ermöglichen zum Beispiel eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung). Unabhängig davon, ob die KVB Vertragspartner eines Zusatzvertrags ist oder nicht, kann sie bei der Vertragsgestaltung unterstützend tätig sein und die Abrechnung dieser Verträge im Auftrag übernehmen.

Ziel eines Zusatzvertrages ist die Förderung neuer Versorgungsstrukturen und -prozesse im Wettbewerb. Die Verträge erlauben daher einen großen inhaltlichen Gestaltungsspielraum. So können beispielsweise neuartige Konzepte zur Patientenversorgung gestaltet oder höhere qualitative Voraussetzungen im Vergleich zur Regelversorgung geschaffen werden. Die Teilnahme an einem Zusatzvertrag ist sowohl für Ärzte, Psychotherapeuten als auch Patienten freiwillig und erfolgt im Wege der Einschreibung. Vom Abschluss eines Zusatzvertrags profitieren alle Beteiligten:

Vorteile von Zusatzverträgen

- Für Ärzte: Patientenbindung, Honorarzuwachs
- Für Krankenkassen: Wettbewerbsvorteil
- Für Patienten: Inanspruchnahme besonderer Leistungen oder eine höhere Versorgungsqualität

Als Netzarzt profitieren Sie von der vertraglich geförderten Patientenbindung, einem Honorarzuwachs und gegebenenfalls einer höheren Versorgungsqualität. Die Vorteile der Krankenkassen liegen im Wettbewerb, zum Beispiel durch besondere Leistungsangebote für Patienten und eine höhere Wirtschaftlichkeit. Patienten haben den Vorteil, besondere Leistungen in Anspruch nehmen zu können sowie von einer höheren Versorgungsqualität zu profitieren, beispielsweise durch eine bessere Kommunikation und Koordination zwischen den Behandlern. Dies fördert einen schnelleren Heilungserfolg und vermeidet Rezidivkrankungen.

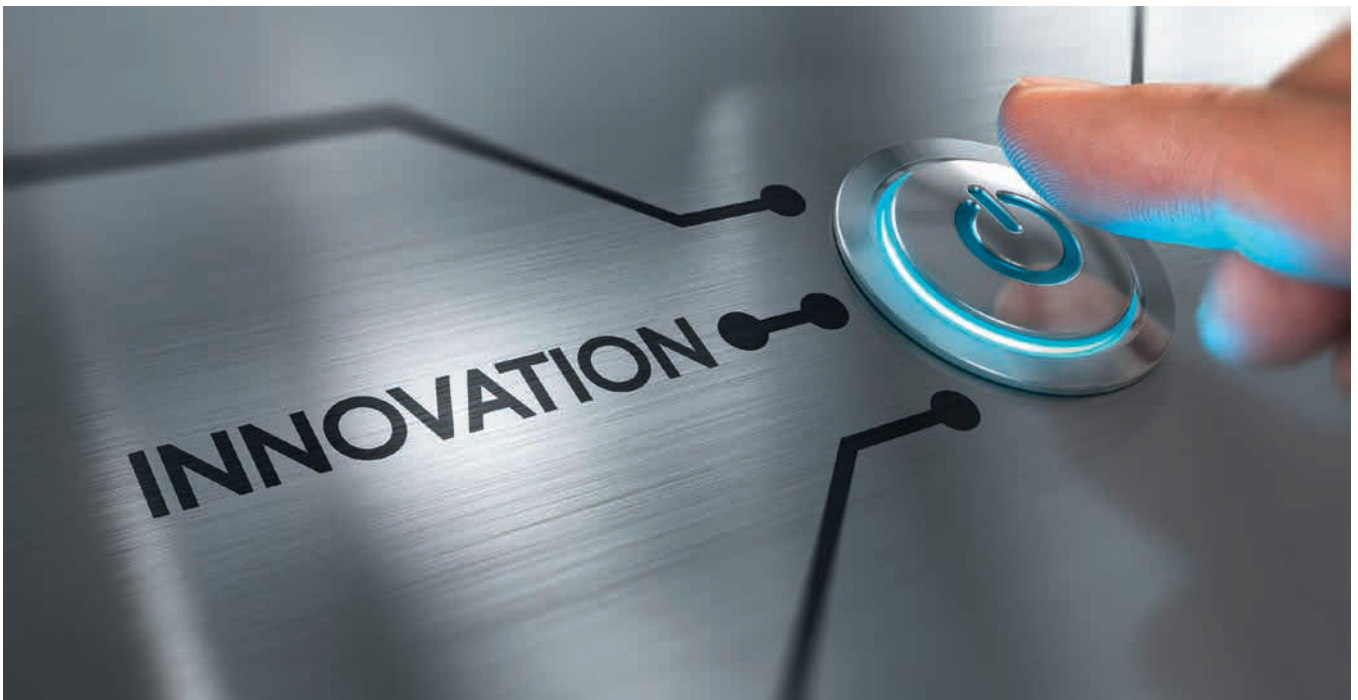
2.2 Von der Beratung bis zur Entwicklung von Zusatzverträgen

Ihr Praxisnetz hat eine Idee, wie die Qualität von Leistungen der ambulanten ärztlichen Versorgung nachweisbar gesichert und vorhandene Einsparpotenziale genutzt werden können? Ihr Praxisnetz möchte einen Vertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen abschließen? Ihr Praxisnetz möchte die Abhängigkeit zu einer Krankenkasse auflösen und Verträge mit anderen Kassen zu neuen Versorgungskonzepten abschließen? Für all diese Fälle sind wir für Sie der richtige Ansprechpartner, um Sie beim aufwendigen Abschluss eines Zusatzvertrags zu unterstützen.

Wir sind grundsätzlich immer auf der Suche nach Vorschlägen für innovative Versorgungs- und Qualitätskonzepte aus allen

Fachbereichen, die wir den Krankenkassen vorstellen können. Insbesondere Konzepte, mit denen die Qualität der Versorgung verbessert werden kann oder vorhandene Einsparpotenziale – beispielsweise bei Verordnungen – beinhalten, sind für uns interessant. Teilnehmende Ärzte sollen von einer Zusatzfinanzierung profitieren, die bei Nachweis bestimmter Kriterien hinsichtlich Leistungsinhalt oder -qualität ausgezahlt wird.

Vorschläge, die wir für sinnvoll und umsetzbar erachten, werden wir in unsere Gespräche mit den Krankenkassen einbringen. Nehmen Sie die Gelegenheit wahr und gestalten Sie die Versorgung mit! Gerne identifizieren wir für Sie Leistungen für einen Zusatzvertrag. Wir beraten und unterstützen Sie bei den organisatorischen Anforderungen und helfen Ihnen bei Fragen weiter.



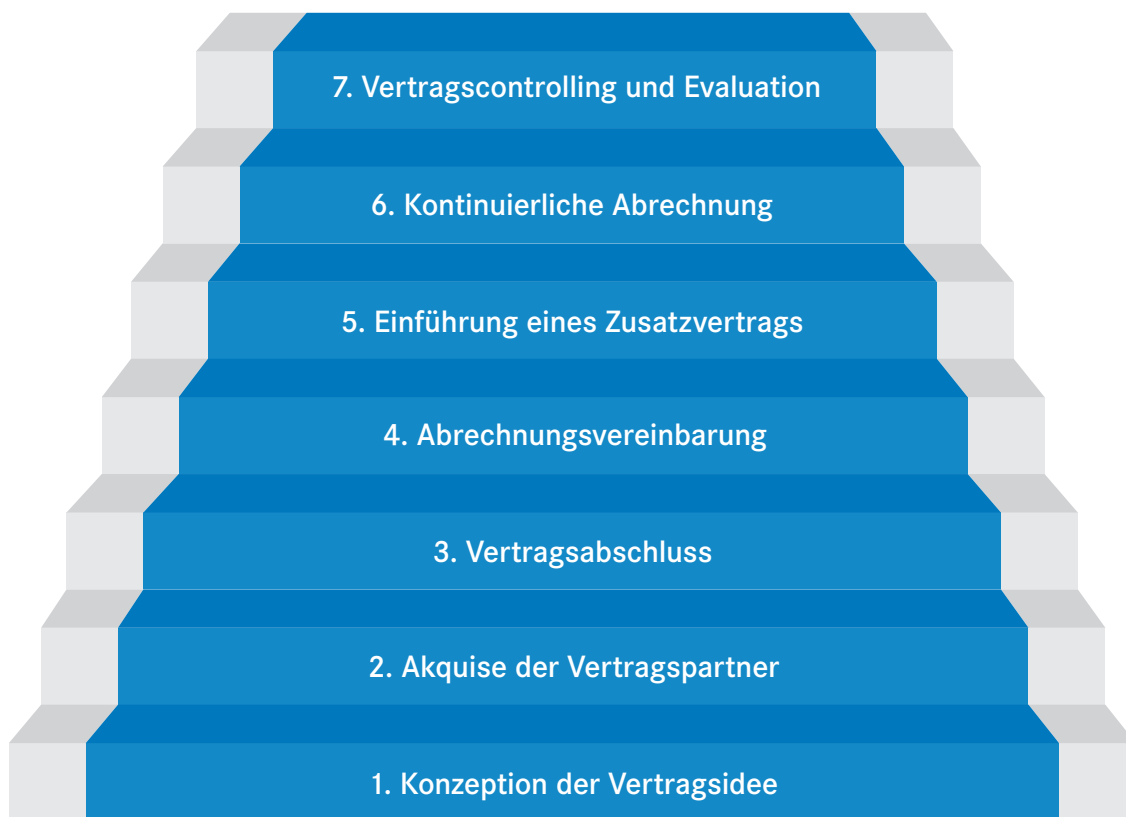


Abbildung 9

Quelle: KVB

Von der Konzeption bis zur Einführung und Evaluation – die sieben Schritte Ihres Zusatzvertrags

Was müssen Sie bei der Konzeption eines Zusatzvertrags beachten? Welche Schritte – von der Vertragsidee bis zur Evaluation – sind zu durchlaufen, bis der Vertrag eingeführt werden kann? Nachfolgend beschreiben wir die sieben Schritte, die in nahezu jedem Fall in der ein oder anderen Form zur Anwendung kommen. Unser oberstes Ziel ist die maßgeschneiderte Gestaltung Ihres Vorhabens.

1. Schritt: Konzeption der Vertragsidee

Im ersten Schritt sollte die Idee für den Vertrag strukturiert ausgearbeitet werden. Dies bildet die Grundlage für spätere Gespräche mit den Krankenkassen und anderen Vertragspartnern. Hierbei geht es darum, vorab folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Defizite sollen durch den Vertrag behoben werden? Welches Ziel wird verfolgt?
- Welche Versorgungsebenen sollen in den Vertrag eingeschlossen werden?
- Welche Zielgruppen spricht der Vertrag an?
- Welcher Mehrwert entsteht für Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Patienten?
- Welcher Aufwand beziehungsweise welche Kosten fallen durch den Vertrag beim Arzt, beim Psychotherapeuten an?

- Wie hoch soll die zukünftige Vergütung der Leistungen sein?

Neben der Erarbeitung der Vertragsziele und -inhalte, kümmern wir uns um die Gestaltung der Vergütungs- und Abrechnungssystematik, zum Beispiel als Vollversorgungsvertrag (EBM-ersetzend) oder als Vertrag mit „Add On“-Leistungen (EBM-ergänzend), um die technische Umsetzung und Betreuung einer elektronischen Dokumentation.

2. Schritt: Akquise der Vertragspartner

Liegt die Vertragsidee ausgearbeitet vor, gehen wir auf die Vertragspartner zu. Wir übernehmen die Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen und organisieren die Gesprächstermine mit den Vertragspartnern. Je nach Vertragsgrundlage variieren die Vertragspartner, aber in der Regel wird der Zusatzvertrag zwischen Ärzten beziehungsweise deren Vertretern (Ärztetetzen, Berufsverbänden oder der KVB) und den Krankenkassen geschlossen. Idealerweise wird die Vertragsidee von allen Vertragspartnern gemeinsam vervollständigt.

3. Schritt: Vertragsabschluss

Nachdem die Vertragsidee im Detail ausgearbeitet wurde, wird der Vertragstext aufgesetzt und im Rahmen des Unterschriftenverfahrens von allen Vertragspartnern unterzeichnet.

4. Schritt: Abrechnungsvereinbarung

Um den geschlossenen Vertrag abwickeln zu können, bedarf es eines erfahrenen Abrechnungsdienstleisters, der im Rahmen einer Abrechnungsvereinbarung von den Vertragspartnern beauftragt wird. In dieser Vereinbarung werden beispielsweise folgende Punkte geregelt:

- Wie soll das Abrechnungsverfahren aussehen?
- Welche Zahlungsmodalitäten bestehen zwischen Krankenkasse und KVB?

Gerne überprüfen wir die abgerechneten Leistungen anhand definierter Prüfkriterien. Wir kümmern uns um die Rechnungslegung an die Kostenträger, sowie um Honorarauszahlung zum vertraglich vereinbarten Termin und auch um die Bereitstellung der Honorarunterlagen.

5. Schritt: Einführung des Zusatzvertrags

Die Vertragsinhalte und der Abrechnungsdienstleister stehen fest. Nun gilt es, den Vertrag zu vermarkten, um sowohl Ärzte als auch Versicherte von der Vertragsidee zu überzeugen. Hierzu bieten wir zahlreiche Instrumentarien (Erstellung von Kommunikationsmedien für die Vermarktung des Vertrags, zum Beispiel über Ärzteschreiben oder Artikel in unserem Mitgliedermagazin KVB FORUM) und unterstützen gerne beim Einschreibeprozess. Wir übernehmen die Annahme der Teilnahmeerklärungen, die Prüfung der definierten Teilnahmevoraussetzungen und den Versand der Teilnahmebestätigungen an die Ärzte und Psychotherapeuten. Bei Bedarf stellen wir auch gerne den Vertrag auf Ihrer Mitgliederversammlung vor und bereiten die Vertragsinhalte verständlich für Ihren Internetauftritt auf.

6. Schritt: Kontinuierliche Abrechnung

Sobald Netzärzte und Versicherte in den Vertrag eingeschrieben sind, können sie die vereinbarten Leistungen abrechnen. Hierbei bieten wir gegenüber anderen Abrechnungsdienstleistern den Vorteil, dass teilnehmende Netzärzte ihre Abrechnung zusammen mit den Kollektivvertragsleistungen auf dem Originalschein einreichen können.

Es sind somit keine Investitionskosten für zusätzliche Praxisverwaltungssoftware notwendig. Darüber hinaus entfallen das Ausfüllen zusätzlicher Abrechnungsformulare und der Versand an weitere Abrechnungsstellen. Den teilnehmenden Ärzten bleibt damit Zeit, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren: die Betreuung ihrer Patienten!

Wir bearbeiten die Zusatzvertragsleistungen getrennt von den Kollektivvertragsleistungen und senden den teilnehmenden Netzärzten zeitnah eine separate Honorarmitteilung zu. Dadurch behalten Netzarzt und Krankenkasse einen zentralen Ansprechpartner für die Abrechnung aus unterschiedlichen Verträgen. Teilnehmende Netzärzte erhalten ihr Honorar pünktlich zu den vertraglich vereinbarten Terminen ausgezahlt, die in der Regel zeitlich vor der Auszahlung des Kollektivvertragshonorars festgelegt sind.

7. Schritt: Vertragscontrolling und -evaluation

Sollte durch das Controlling auffallen, dass sich der Vertrag nicht wie von den Vertragspartnern erhofft entwickelt, setzen wir uns mit diesen an einen Tisch, um über gegensteuernde Maßnahmen zu beraten. Wir überwachen zum Beispiel Budgetobergrenzen und passen frühzeitig die Vergütung bei Budgetüberschreitung an. Je nach vertraglicher Grundlage und Abstimmung mit den Vertragspartnern kann eine Evaluation Bestandteil des Vertrags sein. Die Evaluation wird gemeinsam mit den Vertragspartnern, den Analysten der KVB und bei Bedarf auch mit externen wissenschaftlichen Institutionen geplant und durchgeführt. Grundlagen der Evaluation sind im Rahmen der Vertragsumsetzung erhobene Daten oder Abrechnungsdaten unter Beachtung des Datenschutzes. Kurz zusammengefasst: Wir koordinieren die Entwicklung eines Evaluationskonzepts, bereiten Daten für Evaluationsstellen auf und übernehmen das Reporting für Ihr Praxisnetz (zum Beispiel zu Abrechnungs- und Versorgungsdaten).

Wenn Sie für Ihr Praxisnetz einen Zusatzvertrag abschließen möchten oder bereits einen Zusatzvertrag abgeschlossen haben und auf der Suche nach einem kompetenten Dienstleister sind, steht Ihnen unser Referat Versorgungsinnovationen mit seinem Abrechnungsservice Zusatzverträge beratend zur Seite, um für Ihre individuellen Bedürfnisse eine passgenaue Lösung für Ihr Praxisnetz zu finden.

Weitere Informationen und Beispiele für bereits umgesetzte Versorgungskonzepte finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge*. Mehr Informationen und Kontaktdaten zum Abrechnungsservice Zusatzverträge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Abrechnungsservice-Zusatzverträge*.

Selbstverständlich können Sie mit uns ein unverbindliches Beratungsgespräch vereinbaren. Sie erreichen uns per E-Mail an Zusatzvertraege@kvb.de oder telefonisch unter 0 89 / 5 70 93 – 43 37.



Interview mit Christian Brucks, langjähriger Geschäftsführer des Ärztenetzes Münchner Ärzte Praxisnetz West und Umgebung e. V. zum Thema „Service der KVB“

„Wir profitieren von der Erfahrung der KVB“



Betriebswirt (FH) und Gesundheitsökonom Brucks setzt auf die Erfahrung, das Wissen und die Struktur der KVB als externen Abrechnungsdienstleister. Im Interview erklärt er, warum.

Herr Brucks, warum haben Sie sich für die KVB als Abrechnungsdienstleister entschieden?

Die mit der Abrechnung verbundenen Prozesse und Schnittstellen zur Regelversorgung sind sehr komplex. Die Umsetzung unseres Vertrags zur Integrierten Versorgung hat immer wieder aufs Neue gezeigt, dass sich der direkte Austausch mit den erfahrenen KVB-Mitarbeitern auch auf die Optimierung bei der Weitergestaltung bestehender Verträge auswir-

ken kann. Ebenfalls konnten wir davon profitieren, dass die KVB auch Abrechnungsdienstleister von anderen Netzen ist und somit die damit verbundenen Erfahrungen und das Wissen zur Gestaltung der jeweiligen Abrechnungssystematiken genutzt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt für uns ist die Vertraulichkeit und Zuverlässigkeit einer Körperschaft des öffentlichen Rechts und der damit verbundene Schutz von höchst sensiblen Daten. Insgesamt haben wir durch den Abrechnungsservice stets die maximal mögliche Unterstützung bei Rückfragen und Datenaustausch erhalten.

Rechnet Ihr Netz alle Zusatzverträge über den Abrechnungsservice der KVB ab?

Derzeit hat das Netz nur einen Zusatzvertrag. Wir würden aber auch weitere Zusatzverträge mit der KVB abrechnen, da sowohl personelle als auch organisatorische Beziehungen entstanden sind, die sich von Jahr zu Jahr weiterentwickelt haben.

Was würden Sie sich von der KVB als Dienstleister noch wünschen?

Bei Umstellungen der Vertragssystematik wäre es sehr hilfreich, wenn das bisherige Leistungsgeschehen im Zusatzvertrag mit Daten aus der Regelversorgung abgeglichen werden könnte. So würden eventuell Probleme bei der zukünftigen Abrechnung von neuen Zusatz-GOPen und EBM-Ziffern vermieden. Außerdem wäre es wünschenswert, wenn die IT-Struktur etwas flexibler auf Veränderungen oder neue Anforderungen reagieren könnte.

Interview: Redaktion

3. Begleitung und Umsetzung von Praxisnetzprojekten

Die KVB begleitet nicht nur die Entwicklung und Umsetzung einzelner Praxisnetzverträge, sondern unterstützt auch die Umsetzung von Projekten, die Praxisnetze gemeinsam realisieren wollen. Derzeit begleitet die KVB zahlreiche Strukturfonds-Projekte mit Praxisnetzen, sie ist an zwei Innovationsfondsprojekten mit Praxisnetzen und an einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt mit Praxisnetzen beteiligt.

3.1 Strukturfonds-Projekte mit anerkannten Praxisnetzen

Seit 2016 können, wie in Kapitel III beschrieben, Projekte anerkannter Praxisnetze, die einen besonderen Beitrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung leisten, aus dem Strukturfonds gefördert werden. Schon nach kurzer Zeit haben zahlreiche anerkannte Praxisnetze ihre Ideen der KVB vorgestellt. Diese innovativen Projekte der Ärzteschaft in den Bereichen Telemedizin, Überleitungsmanagement oder Qualitätsmanagement werden seitdem erfolgreich gemeinsam mit der KVB in den Regionen umgesetzt.

Mittels einer Broschüre veröffentlicht die KVB alle geförderten Praxisnetzprojekte. Sie ist unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze* abrufbar.



3.2 Zwei Innovationsfondsprojekte mit Praxisnetzen

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) 2015 wurde der Innovationsfonds zur Förderung der neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung geschaffen. Von 2016 bis 2019 werden hierfür jährlich insgesamt 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, um Projekte finanziell zu fördern. Mit Konstitution des Innovationsausschusses und der Veröffentlichung der ersten Förderbekanntmachungen hat sich die KVB aktiv und mit großem Erfolg für die innovativen Ideen ihrer Mitglieder starkgemacht. Ein Motto der KVB lautet „Gestalten statt verwalten“, dennoch kommen auch Projektanträge des Innovationsfonds nicht ohne einen gewissen Verwaltungsaufwand aus. Um in den Genuss der begehrten Fördergelder zu kommen, muss ein Antrag auf Förderung beim Innovationsausschuss gestellt werden. Hierbei unterstützt die KVB potenzielle Antragsteller. Aktuell beteiligt sich die KVB an dem Innovationsfondsprojekt ARena aus dem Bereich „Neue Versorgungsformen“ sowie an dem Projekt ATP-Praxisnetze aus dem Bereich „Versorgungsforschung“. ARena als selektivvertragliches Praxisnetzprojekt läuft in Bayern und Nordrhein-Westfalen.

ARena

Das Projekt ARena wird vom aQua-Institut koordiniert und wissenschaftlich begleitet. Als Konsortialpartner sind mit an Bord: die KVB, die AOK Bayern, die AOK Rheinland/Hamburg, die Agentur deutscher Arztnetze sowie zirka 200 Arztpraxen aus 14 Arztnetzen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen. Der AOK-Bundesverband unterstützt das Vorhaben als Kooperationspartner. ARena wird mit rund sechs Millionen Euro aus dem Innovationsfonds finanziert. Das Projekt ist über einen Zeitraum von drei Jahren angelegt und läuft bis Ende 2019.

Die unsachgemäße Verordnung von Antibiotika und zunehmende Antibiotikaresistenzen stellen das Gesundheitswesen weltweit, aber auch das in Deutschland, vor ernst zu nehmende Herausforderungen. Je mehr Antibiotika in der Human- und Tiermedizin sowie in der Landwirtschaft eingesetzt werden, desto größer ist der Selektionsvorteil für resistente Erreger, und es kommt zu neuen Antibiotikaresistenzen und deren Weiterverbreitung. Das kann dazu führen, dass für bakterielle Infektionskrankheiten, zu deren Behandlung Antibiotika benötigt werden, aufgrund zunehmender Resistenzbildung und -verbreitung keine wirksamen Präparate mehr zur Verfügung stehen.

Das Ziel des aufgelegten Projekts ARena besteht im Wesentlichen darin, den Einsatz von Antibiotika auf das sinnvolle Maß zu beschränken und ein Problembewusstsein in der Ärzteschaft, aber auch bei den Patienten und in der allgemeinen Öffentlichkeit zu schaffen. ARena steht für „Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden“ und ist ein Projekt, das im Kontext der Deutschen Antibiotikaresistenz-Strategie (DART 2020) der Bundesregierung konzipiert wurde. So werden im Projekt ARena Patienten informiert und weitere Ansätze durchgeführt, mit denen bei Diagnosen häufiger Infekte der Atemwege und der Harnwege die Verordnung von Antibiotika kritisch hinterfragt wird. Oftmals ist bei diesen Diagnosen kein Antibiotikum notwendig. Der Arzt und das Praxisteam informieren über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines Einsatzes von Antibiotika. Hierzu erhalten sowohl die Mediziner der Praxisnetze als auch das Praxispersonal ein speziell zugeschnittenes Informations- und Kommunikationstraining. Parallel dazu finden datengestützte Qualitätszirkel mit den beteiligten Netzärzten, mit Medizinischen Fachangestellten, aber auch sektorenübergreifend mit Krankenhäusern, Pflegeheimen, Pflegediensten oder Apotheken statt.

Um sich am Projekt ARena beteiligen zu können, muss ein Arzt Mitglied in einem der an ARena teilnehmenden Praxisnetze sein. Mehr Informationen zum Projekt ARena finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Partner/Innovationsfonds/Aktuelle Kooperationen/Arena*.

ATP-Praxisnetze

Die KVB ist bei einem weiteren Innovationsfondsprojekt mit Praxisnetzen erneut Konsortialpartner, dieses Mal aus dem Bereich Versorgungsforschung.

Antragsteller des Innovationsfondsprojekts Arbeitsteilung und Performance empirischer und organisierter Netzwerke im ambulanten Sektor in Deutschland – kurz: ATP-Arztnetze – ist die Ludwig-Maximilians Universität (LMU) München. Neben der KVB sind die AOK Bayern, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ebenfalls Konsortialpartner.

Überblick der am Projekt ARena teilnehmenden Arztnetze

In Bayern nehmen insgesamt zwölf Praxisnetze (neun sind anerkannte Praxisnetze) am Projekt teil, in Nordrhein-Westfalen sind es weitere zwei Netze.



Abbildung 10

Quelle: © GfK GeoMarketing GmbH, Karte erstellt mit RegioGraph, www.gfk-geomarketing.de

Die KVB als Abrechnungsdienstleister beim Projekt ARena

Die KVB übernimmt für die am Projekt ARena teilnehmenden Praxisnetze die Abrechnung der ärztlichen Leistungen. Ärzte und Praxisnetze, die bereits Serviceleistungen der selektivvertraglichen Abrechnung bei der KVB nutzen und nun auch an ARena teilnehmen, können den bekannten Abrechnungsweg nehmen.

Eine Besonderheit sind die speziellen Anforderungen bei der Implementierung der Abrechnung auch für außerbayerische Ärzte in den Systemen der KVB. Grund dafür sind zwei Arztnetze aus der Region Nordrhein, die sich am Projekt beteiligen. Die KVB konnte erfolgreich eine technische Lösung erarbeiten, um auch den außerbayerischen Ärzten ein sicheres und unkompliziertes Einreichen ihrer ARena-Leistungen zu ermöglichen. Damit hat die KVB wichtige Erkenntnisse gewonnen,

um Kundenanforderungen für die Abrechnung auch in Zukunft flexibel umsetzen zu können.

Die KVB setzt nach fachlichen Vorgaben der Konsortialpartner Prüfregelein für die Abrechnung ein und leistet damit einen wichtigen Beitrag zum ARena-Studiendesign. Die vom Innovationsfonds für ARena zur Verfügung gestellten Gelder werden vom aQua-Institut verwaltet. Die teilnehmenden Ärzte reichen ihre ARena-Leistungen mit ihrer Quartalsabrechnung bei der KVB ein. Die Leistungen werden getrennt von der Kollektivvertragsabrechnung bearbeitet und die Honorare zügig ausgezahlt, da die Zeit der Rechnungsstellung und -begleichung mit den Krankenkassen entfällt. Je nach Wunsch werden die Honorare an die einzelnen Ärzte oder auch gebündelt an die Arztnetze ausgezahlt.

Ziel ist es, Arbeitsteilung und Performance der organisierten Praxisnetze im Vergleich zur Regelversorgung in Deutschland zu erforschen. Auf Basis von Routinedaten werden zunächst Performance-Indikatoren auf der Ebene organisierter Arztnetze erhoben und mit der Regelversorgung verglichen. Dies klärt die Frage, ob Ärzte in organisierten Arztnetzen ihre Patienten besser versorgen als Ärzte in der Regelversorgung. Zudem wird die haus- und fachärztliche Arbeitsteilung gemeinsam versorgter Patienten innerhalb organisierter Arztnetze mithilfe netzwerkanalytischer Methoden untersucht. In Anlehnung an ein theoretisches Modell zu Formen der Vernetzung und durch eine strukturierte Befragung von organisierten Arztnetzen werden Maßnahmen zur Koordination von Arbeitsbeziehungen in Arztnetzen systematisiert und analysiert.

Im Rahmen der beantragten Studie werden erstmalig in Deutschland kassen- und regionenübergreifend die Arbeitsteilung und Performance organisierter Praxisnetze im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Dadurch können Erkenntnisse gewonnen werden, welche Elemente organisierter Arztnetze die Patientenversorgung verbessern und auf die Regelversorgung übertragbar sind. Im Erfolgsfall leistet die Studie wichtige Beiträge zur Steigerung der Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.

3.3 Forschungsprojekt mit Praxisnetzen

PRO PRICARE

Die KVB wirkt auch bei der Umsetzung des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes PRO PRICARE mit vier anerkannten Praxisnetzen mit. Hinter PRO PRICARE verbirgt sich Preventing Overdiagnosis in Primary Care. Dem Versorgungsforschungsnetzwerk PRO PRICARE gehören sieben Lehrstühle der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), vier anerkannte Praxisnetze aus Franken mit rund 200 haus- und fachärztlichen Praxen, die KVB sowie verschiedene Betriebskrankenkassen – vertreten durch die GWQ ServicePlus AG – an.

Das Netzwerk PRO PRICARE hat drei Forschungsprojekte. Die KVB beteiligt sich ausschließlich an dem Teilprojekt Adverse Cascade Effects (ACE) – Unerwünschte Kaskadeneffekte. Auslöser und Verlauf klinischer Behandlungspfade bei Patienten mit Schilddrüsenanomalien. Die Studie führt das Allgemeinmedizinische Institut der Universität Erlangen in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, dem Interdisziplinären Zentrum für Public Health und dem Institut für Medizininformatik, Biometrie und Epidemiologie durch. Daten aus der Krankenversorgung werden durch die KVB und durch Betriebskrankenkassen – vertreten durch die GWQ ServicePlusAG – zur Verfügung gestellt.

Wir kümmern uns um Ihre Ideen

Wenn Sie eine innovative Idee haben oder einen Partner für ein Innovationsvorhaben suchen, ist die KVB für Sie der richtige Ansprechpartner. Wir möchten uns aktiv an Projektanträgen zum Innovationsfonds oder anderen Projekten beteiligen und freuen uns über Partner mit zukunftsweisenden Projektvorhaben. Dabei richtet sich unser Interesse an Versorgungs- und Qualitätskonzepten aller Fachbereiche, die wir den Krankenkassen vorstellen können. Nutzen Sie die Gelegenheit und gestalten Sie die Zukunft der ambulanten Versorgung mit. Zeigen Sie mit Ihrem Konzept, wie die hohe Qualität der ärztlichen Versorgung in Ihrem Bereich dargestellt und gesichert werden kann. Vorschläge, die wir für sinnvoll und umsetzbar erachten, bringen wir in unsere Gespräche mit den Krankenkassen ein.

Sollten Sie an einem Innovationsfondsprojekt interessiert sein, finden Sie alle wichtigen Informationen hierzu unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Partner/Innovationsfonds*. Um Ihr Vorhaben besser einschätzen zu können, bitten wir Sie, uns vorab einige Angaben (per Formular) zur Verfügung zu stellen.

Auch für Ihre Projektidee finden Sie auf unserer Internetseite alle wesentlichen Infos. Unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge* haben wir Ihnen alles Wissenswerte zusammengestellt.

Das KVB-Team Versorgungskonzepte freut sich über Ihre Vorschläge und wird sich zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ausblick

Aus den vorherigen Kapiteln wird deutlich, dass innerhalb weniger Jahre die Vernetzung der bayerischen Akteure im Gesundheitswesen vorangeschritten ist. Die KVB gestaltet diesen Prozess aktiv nach dem Motto „Mitten drin, statt nur dabei“ und schafft neue Fördermöglichkeiten, neue Strukturen und neue Services für ihre Mitglieder.

Diese Broschüre konnte Ihnen einen guten Überblick über die mannigfaltigen Aufgaben der KVB sowie die zahlreichen Angebote für Praxisnetze und die ersten gemeinsamen Projekte geben.

In Zukunft wird sich weiterhin viel bewegen: Sei es durch die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen, die zu nachhaltigen Veränderungen bisher etablierter Strukturen führt, sei es durch die stärkere Verzahnung der Sektoren oder durch die Stärkung der Regionen unter Berücksichtigung ihrer Besonderheiten.

Die KVB nutzt diese Entwicklungen aktiv, um gemeinsam mit den Akteuren vor Ort die ambulante Versorgung zu optimieren und mit innovativen Konzepten der Ärzteschaft neue Akzente im Gesundheitswesen zu setzen.

Alle Informationen auf einen Blick

Praxisnetze

Alle Informationen zum Thema Praxisnetze in Bayern finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze.

Für weitere Fragen und Unterstützung nehmen Sie bitte Kontakt mit unseren Fachabteilungen auf.

- **Unsere Meldestelle** unterstützt Sie bei Ihren Fragen zur Antragstellung, zur Netzmitgliederliste und zum Netzbericht.
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 07 50
E-Mail Praxisnetze@kvb.de

Nähere Informationen zur Anerkennung finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze/Anerkennung, Förderung, Vergütung, Service*.

- Das **Referat Versorgungsinnovationen** berät Sie

- **zum Förderantrag**
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 70
E-Mail Praxisnetze@kvb.de

Nähere Informationen zur Förderung finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Alternative Versorgungsformen/Praxisnetze/Anerkennung, Förderung, Vergütung, Service*

- zum **Abrechnungsservice Zusatzverträge und zu Selektivverträgen**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 43 37
E-Mail Zusatzvertraege@kvb.de

Mehr Informationen und Kontaktdaten zum Abrechnungsservice Zusatzverträge finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Abrechnungsservice-Zusatzverträge*. Weitere Informationen und Beispiele für bereits umgesetzte Versorgungskonzepte finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge*.

- **zu neuen Versorgungskonzepten**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 23 70
E-Mail Versorgungskonzepte@kvb.de

Auch für Ihre Projektidee finden Sie auf unserer Internetseite alle wesentlichen Infos unter www.kvb.de in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge*.

- **zu Innovationsfondsprojekten**

Sollten Sie an einem Innovationsfondsprojekt interessiert sein, finden Sie alle wichtigen Informationen hierzu unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Partner/Innovationsfonds*.

- Unsere **KVB-Servicetelefonie** unterstützt Sie für allgemeine Fragen im Rahmen der Abrechnung und Verordnung sowie IT in der Praxis von Montag bis Donnerstag von 7.30 bis 17.30 Uhr und Freitag von 7.30 bis 14.00 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Abrechnung	0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
KVB-Seminare	0 89 / 5 70 93 – 4 00 20
Verordnung	0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Online-Dienste	0 89 / 5 70 93 – 4 00 40
Telematikinfrastruktur	0 89 / 5 70 93 – 4 06 10

- Unsere **Präsenzberater** stehen Ihnen für eine persönliche Beratung gerne zur Verfügung.

Eine Übersicht unserer Präsenzberater finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Kontakt-und-Beratung/Präsenzberatung*.

- Bei Fragen zu **Qualitätsmanagement und Hygiene**

Telefon 09 11 / 9 46 97 – 3 19
E-Mail QM-Beratung@kvb.de
Hygiene-Beratung@kvb.de

- Bei Fragen zu den **Gesundheitsregionen plus** wenden Sie sich bitte an das Postfach GesundheitsregionPlus@kvb.de

Impressum

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München

www.kvb.de

Redaktion:

Referat Versorgungsinnovationen

Grafik und Layout:

Stabsstelle Kommunikation

Bildnachweis:

iStockphoto.com/Natali_Mis (Titelseite),
iStockphoto.com/marchmeena29 (Seite 4),
iStockphoto.com/cscredon (Seite 4),
iStockphoto.com/maxsattana (Seite 5),
iStockphoto.com/Jirapong Manustrong (Seite 5),
iStockphoto.com/fotostorm (Seite 11),
iStockphoto.com/NicoElNino (Seite 16),
iStockphoto.com/shansekala (Seite 32),
iStockphoto.com-DDurrrich (Seite 35),
iStockphoto.com-DDurrrich (Seite 35),
iStockphoto.com/PositiveFocus (Seite 37),
iStockphoto.com/Rawpixel (Seite 38),
iStockphoto.com/Olivier Le Moal (Seite 43),
Praxisnetz München West e.V. (Seite 46),
Privat(Seiten 12, 20, 29, 41),
KVB (alle weiteren)

Stand:

Mai 2020