

Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Regelungsgegenstand

§ 2 Anerkennung

§ 3 Strukturvorgaben

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

§ 5 Versorgungsberichte

§ 6 Förderung

§ 7 Inkrafttreten

Alle weiteren Unterlagen und Anlagen finden Sie unter
www.kvno.de/praxisnetze

Präambel

Mit Zusammenschlüssen von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen (vernetzte Praxen bzw. Praxisnetze) zur interdisziplinären, kooperativen und medizinischen ambulanten insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung der Patienten können die ambulanten Versorgungsstrukturen verbessert werden. Ziel solcher Kooperationen ist die Optimierung ambulanter Versorgung, wodurch die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit gesteigert werden kann.

Zur Anerkennung von Praxisnetzen beschließt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein entsprechend § 87b Absatz 4 SGB V folgende Richtlinie, die auf der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V basiert.

§ 1 Regelungsgegenstand

- (1) Diese Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demographischen Situation in Nordrhein. Ziel solcher Kooperationen ist, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern.
- (2) Die Kooperation innerhalb von Praxisnetzen erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestim-

mungen. Die freie Arztwahl und die freie Wahl anderer Gesundheitsberufe durch die Patienten bleiben unberührt.

- (3) Auf der Grundlage der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen definierten Kriterien konkretisiert die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in dieser Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen und kann dabei ggf. in begründeten Fällen – insbesondere aufgrund regionaler Besonderheiten – von der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abweichen.

§ 2 Anerkennung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein kann Praxisnetze gemäß § 87b Absatz 4 SGB V anerkennen. Voraussetzung ist die Erfüllung der §§ 3 und 4. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein kann in besonderen oder speziellen Einzelfällen von diesen Voraussetzungen Ausnahmen zulassen.

- (2) Das Anerkennungsverfahren wird von der KV Nordrhein durchgeführt. Für das Anerkennungsverfahren besteht folgende Meldestelle bei der KV Nordrhein:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Meldestelle -Anerkennung Praxisnetze-
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel.: (02 11) 59 70-8952
Fax: (02 11) 59 70-9952
E-Mail: praxisnetze@kvno.de

- (3) Zur Beantragung der Anerkennung eines Praxisnetzes entsprechend dieser Richtlinie senden die Praxisnetze den Antrag nach Anlage 3 in elektronischer Form zusammen mit den nach § 3 geforderten Nachweisen sowie einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der in § 4 geforderten Nachweise an die Meldestelle Praxisnetze nach Absatz 2.
- (4) Über die Anerkennungsanträge entscheidet die KV Nordrhein in der Reihenfolge des vollständigen Antragseingangs. Die Praxisnetze erhalten einen schriftlichen Bescheid, ob und für welche Stufe das Netz anerkannt wird.
- (5) Praxisnetze, die von der KV Nordrhein eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, der KV Nordrhein Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben können, unverzüglich mitzuteilen. Die KV Nordrhein bestätigt die Änderungsanzeige innerhalb von vier Wochen und stellt nachfolgend fest, ob mit der Änderung ggf. der Anerkennungsstatus betroffen ist und welche Maßnahmen das anzeigende Netz ergreifen kann, um den Anerkennungsstatus zu behalten.
- (6) Bei Nichterfüllung dieser Verpflichtungen oder der Voraussetzungen der §§ 3 und 4 kann die Anerkennung widerrufen werden.

- (6) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen gemäß der §§ 3 und 4 nach Ablauf von fünf Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut nachzuweisen, auf Anforderung auch eher. Weist das anerkannte Praxisnetz die Anforderungen nicht rechtzeitig nach, ist die Anerkennung zu widerrufen.
- (7) Die Veröffentlichung anerkannter Praxisnetze erfolgt auf der Internetseite der KV Nordrhein.

§ 3 Strukturvorgaben

- (1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:

1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen.

Ggf. kann aus folgenden Gründen von Punkt 1. abgewichen werden:

- a) Versorgungsradius
- b) Größe der Versorgungsregion
- c) Bevölkerungsdichte

Eine Abweichung ist schriftlich zu begründen und liegt gemäß § 2 Absatz 1 der Richtlinie in einer Einzelfallentscheidung des Vorstandes.

2. Teilnahme von mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1 Nr. 1., 3., 4. oder 5. SGB V (Hausärzte) im Praxisnetz vertreten sein müssen.
3. Das Praxisnetz deckt mit den Hauptbetriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet ab.
4. Die teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform
- einer Personengesellschaft,
 - einer eingetragenen Genossenschaft (eG),
 - eines eingetragenen Vereins (e.V.) oder
 - einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zusammengeschlossen.
5. Das Praxisnetz besteht im Kern unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nummern 1 bis 4 seit mindestens drei Jahren.
6. Das Praxisnetz unterhält eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 mit mindestens einem nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie) oder einem stationären Leistungserbringer, sofern diese nicht Gesellschafter oder satzungsgemäße Mitglieder des Praxisnetzes sind. Die freie Wahl der Gesundheitsberufe bleibt unberührt.

7. Die Vereinbarung von gemeinsamen Standards für die teilnehmenden Arztpraxen, insbesondere zu:
- Unabhängigkeit gegenüber Dritten
 - Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und Zielprozessen
 - Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement
8. Nachweis von Managementstrukturen durch:
- eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes
 - einen Geschäftsführer
 - einen ärztlichen Leiter/ Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7
9. Sicheres elektronisches Verfahren zur Datenübermittlung (Online-Zugang)
- Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass Daten beim Versand durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt werden
10. Barrierefreiheit im Praxisnetz
- Ausgehend von den Angaben bei Antragstellung zur jeweiligen Anerkennungsstufe wird eine Verbesserung der Barrierefreiheit vereinbart. Der Anteil barrierearmer Praxen soll innerhalb von 5 Jahren um 15% steigen; ab 75% Anteil barrierearmer Praxen ist keine Steigerung nachzuweisen. Hierzu wird der durch die KV Nordrhein bereitgestellte Fragebogen „Barrierearme Praxis“ zu bestehenden Barrieren in der Praxis ausgefüllt und bei Antragsstellung beigefügt.

- (2) Die Nachweise erfolgen u.a. durch die Vorlage

1. des Gesellschaftsvertrages bzw. der Satzung,
2. einer Liste der Netzpraxen (Ärzte/ Psychotherapeuten) gem. Anlage 2 in elektronischer Form (Excel-Datei) unter Angabe der Einzelmitglieder, der jeweiligen Fachgruppe, der Betriebsstättennummer und der Anschrift
3. einer Anzeige (§ 23c Berufsordnung) gegenüber der zuständigen Ärztekammer zu Absatz 1 Nr. 5
4. der entsprechenden Kooperationsvereinbarung(en) gemäß Abs. 1 Nr. 6
5. der Praxisnetzvereinbarungen zu gemeinsamen Standards
6. der Verträge bzgl. Management-Strukturen, einschließlich des Geschäftsführervertrages, aus dem ein vereinbarter Tätigkeitsumfang von mind. 30 Std./Woche hervorgeht
7. einer formlosen Beschreibung bzgl. der Versorgungsziele und -strukturen, gem. Anlage 1

8. der Protokolle der Gesellschafter- und Beiratssitzungen aus den letzten 3 Jahren

bei der Meldestelle der KV Nordrhein. Die Nachweise sind in Verbindung mit der Anlage 3 dieser Richtlinie einzureichen.

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

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien

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

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung
 - a) Patientensicherheit
 - b) Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung
 - c) Befähigung / Information
 - d) Barrierefreiheit im Praxisnetz
2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung
 - a) Gemeinsame Fallbesprechungen
 - b) Netzzentrierte Qualitätszirkel
 - c) Sichere elektronische Kommunikation
 - d) Gemeinsame Dokumentationsstandards
 - e) Wissens- und Informationsmanagement
 - f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern
3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz/ Prozessoptimierung
 - a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene
 - b) Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive
 - c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
 - d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
 - e) Nutzung von Qualitätsmanagement

- (2) Die Nachweise für die genannten Kriterien sind in Anlage 1 aufgeführt. Sie sind als Stufenkatalog gefasst. Die Anerkennung erfolgt jeweils für die nachgewiesene Stufe. Es können mehrere Stufen zusammen nachgewiesen werden.

- (3) Die Nachweise der Basis-Stufe (vgl. Anlage 1, II) sind Entscheidungsgrundlage.

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

§ 5 Versorgungsberichte

- (1) Anerkannte Praxisnetze erhalten von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Praxisnetz-Nummer (PNR).

- (2) Zur Erstellung des Versorgungsberichtes übermittelt die KV Nordrhein den anerkannten Netzen jeweils bis zum 30.06. eines Jahres die aus der Abrechnung der Netzpraxen gewonnenen spezifischen Strukturdaten gemäß Anlage 2 Nummern 1-8, 10. Die anerkannten Praxisnetze übermitteln der KV Nordrhein jährlich bis zum Ende des Kalenderjahres die Versorgungsberichte gemäß Anlage 1, II. Basis-Stufe. Der erste Versorgungsbericht ist zum Ende des auf die Anerkennung folgenden Jahres in elektronischer Form vorzulegen.

- (3) Die KV Nordrhein übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die aggregierten Übersichten zu den Versorgungsberichten gemäß Absatz 2 zur Fortentwicklung der Rahmenvorgaben. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.

§ 6 Förderung

Die Förderung von anerkannten Praxisnetzen ist in der „Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen in Nordrhein“ der KV Nordrhein geregelt.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

Anlage 1 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 4 SGB V

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

I. Stufenkatalog

Die Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 4 SGB V definiert Versorgungsziele sowie Kriterien, die die Erreichung dieser Ziele abbilden. Die Erfüllung dieser Kriterien kann stufenweise nachgewiesen werden. Die Nachweise der Basis-Stufe sind verbindlich.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein behält sich vor, gleichwertige Nachweise anzuerkennen.

II. Basis-Stufe

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“

a) Kriterium – Patientensicherheit

Nachweis Medikationscheck:

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

- Inanspruchnahme anerkannter Angebote zur Pharmakotherapie-Beratung (z.B. KV Nordrhein)
- Beschreibung netzinterner Prozesse zur Vermeidung von Polymedikation

Nachweis: Internes Fehlermanagement: Berichtssystem und ggf. Checklisten/ Prozessroutinen

b) Kriterium – Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung

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

c) Kriterium – Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung

Netzgeschäftsstelle informiert alle Netzpraxen über das Bestehen und die Inhalte des Angebotes der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen Ärzte und Psychotherapeuten der KV Nordrhein (KOSA). Die Praxisnetze verweisen zum einen auf ihrer Internetseite durch eine Verlinkung auf das KOSA-Angebot. Zum anderen werden für das Vermittlungsangebot der KOSA hilfesuchende Patienten (bspw. durch in der Praxis ausliegende Flyer oder eines im Wartebereich angebrachten Posters) auf das Angebot der KOSA hingewiesen. Zusätzlich können Patienten direkt durch ihren Netzarzt oder geschultes Praxispersonal (Seminar „Selbsthilfe-Unterstützung für Patient und Praxis“) an eine entsprechend geeignete Selbsthilfegruppe/ Organisation oder Beratungsstelle vermittelt werden.

d) Kriterium - Barrierefreiheit im Praxisnetz

Netzgeschäftsstelle informiert alle Netzpraxen regelmäßig über aktuelle Informationen zum Abbau von baulichen und kommunikativen Barrieren in der Arztpraxis (z.B. KBV-Broschüre „Barrieren abbauen, Praxis-Tool Barrierefreiheit [<http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/>]“). In den Netzpraxen sind hierdurch sowohl die bestehenden baulichen Barrieren bekannt als auch die zur Verfügung stehenden Fördermittel zur Beseitigung bestehender Barrieren.

Nachweis Barrierefreiheit: Nachweis der Barrierefreiheit gem. § 3 Abs. 1 Nr. 10 der Richtlinie der KV Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“

a) Kriterium - Gemeinsame Fallbesprechungen

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

b) Kriterium - Netzzentrierte Qualitätszirkel

Die Netzstandards entsprechen der QS-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung mit der Leitlinie Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der jeweils aktuellen Fassung. Nachweise können Protokolle von Qualitätszirkeln sein, die den KV-Standards entsprechen.

c) Kriterium - Sichere elektronische Kommunikation

Nachweis Verbindliche Absprachen zur Kommunikation und Nutzung:

- Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z.B. zur E-Mail Erreichbarkeit,
- Sicheres elektronisches Verfahren gem. § 3 (1) Nr. 9
- Benennung eines Datenschutzbeauftragten gemäß § 4f Bundesdatenschutz-gesetz
- Benennung eines IT-Sicherheitsbeauftragten für das Netz

d) Kriterium - Gemeinsame Dokumentationsstandards

Kein Nachweis

e) Wissens- und Informationsmanagement

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

- Praxisbezogene Fortbildung: Angebot zertifizierter Qualitätszirkel, insbesondere interdisziplinäre Fallkonferenzen (Kategorie C der Fortbildungsordnung) zu ausgewählten Versorgungsbereichen sowie Fortbildungsangebote für beteiligte Gesundheitsberufe
- Behandlungspfade für ausgewählte/häufige Indikationen (Patientengruppen)
- Internet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen

f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

Kein Nachweis

3. Versorgungsziel

„Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung“

a) Kriterium - Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene

Nachzuweisen sind die netzinterne schriftliche Abstimmung und Veröffentlichung ausgewählter Daten bezogen auf die Anerkennungskriterien, mindestens sollen die Nachweise der Basisstufe dargelegt werden:

- Anzahl der Patienten mit Medikationscheck
- Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz (Anzahl der durchgeführten zertifizierten Qualitätszirkel/Fallkonferenzen, Indikationsbezug)
- Anzahl der Fallbesprechungen
- Anzahl der in Behandlungsprogrammen gemäß § 137f SGB V (DMP) eingeschriebene Patienten
- Durchschnittliche Wartezeiten im Netz auf Haus- und Facharzt-Termine

Der Nachweis erfolgt gesamt mit einem jährlichen Netzbericht gemäß Anlage 2 für ein Kalenderjahr an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in elektronischem Format.

b) Kriterium - Nutzung (oder Einbeziehung) Patientensperspektive
Kein Nachweis

c) Kriterium - Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
Nachgewiesen werden sollen geregelte Behandlungsprozesse im Netz:

- Verbindliche interne Regelung zur interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit für ausgewählte Versorgungsbereiche, z.B. Versorgungspfade
- Arzneimittel-Verordnungsgrundsätze: Netzkonsens (Musterverfahren) zur Arzneimittelverordnung und Arzneimittel-Therapiesicherheit ggf. auch zu anderen Verordnungen

d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
Kein Nachweis

d) Nutzung von Qualitätsmanagement
Kein Nachweis

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung nach § 2 Absatz 3 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht. Des Weiteren sind die entsprechend unter den Zielen genannten Nachweise in elektronischer Form einzureichen.

III. Stufe I

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“

a) Kriterium – Patientensicherheit

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

b) Kriterium – Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung

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

c) Kriterium – Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung

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

d) Kriterium - Barrierefreiheit im Praxisnetz

- Nachweis Barrierefreiheit: Nachweis der Barrierefreiheit gem. § 3 Abs. 1 Nr. 10 der Richtlinie der KV Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“

a) Kriterium - Gemeinsame Fallbesprechungen

- Keine Vorgabe für Nachweise

- b) Kriterium - Netzzentrierte Qualitätszirkel
Keine Vorgabe für Nachweise
- c) Kriterium - Sichere elektronische Kommunikation
Keine Vorgabe für Nachweise
- d) Kriterium - Gemeinsame Dokumentationsstandards
Netzstandards zur Patientendokumentation, z.B. mit einer Verfahrensweisung für einen Netzstandard der Dokumentation (ggf. für ausgewählte Versorgungsbereiche)
- e) Wissens- und Informationsmanagement
Keine Vorgabe für Nachweise
- f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern
Nachweis von Kooperationsvereinbarungen:
 - Gesundheitsverbundanlage: Über die interdisziplinäre ärztliche Kooperation hinaus werden interprofessionelle und/oder intersektorale Kooperationen unterhalten
 - Überleitungsmanagement: z.B. Nachweis von Kooperationen mit Krankenhäusern/stationären Einrichtungen

3. Versorgungsziel

„Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung“

- a) Kriterium - Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene
Keine Vorgabe für Nachweise
- b) Kriterium - Nutzung (oder Einbeziehung) Patientensperspektive
Nachweis zum Beschwerdemanagement: Netzzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll.
- c) Kriterium - Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
Keine Vorgabe für Nachweise
- d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen, z.B.:
 - Netzeinheitliche Regelungen/Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen
 - Fallsteuerung: Benennung eines Koordinators bei der Versorgung multimorbider Patienten, Abstimmung/Kontrolle aller Verordnungen, Monitoring Krankenhaus-Aufenthalte
 - Dokumentation und Auswertung der Krankenhaus-Einweisungen

- e) Nutzung von Qualitätsmanagement
Nachweis über ein geführtes QM-System in den Praxen bzw. im Netz:
 - Abstimmung über die QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz
 - Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Netz
 - Qualitätsziele/kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung nach § 2 Absatz 3 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht. Des Weiteren sind die entsprechend unter den Zielen genannten Nachweise in elektronischer Form einzureichen.

IV. Stufe II

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“

- a) Kriterium – Patientensicherheit
Das Praxisnetz arbeitet zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoringfunktionen unterstützen (Zielprozess).
- b) Kriterium – Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung
Standard zur Terminkoordination im Netz auf kollegialer, ggf. professioneller Ebene
 - Elektronische Fallakte
 - Vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes
- c) Kriterium – Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung
Nachweise zu netzspezifischen Zielprozessen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B.:
 - Schulungsangebot für Patienten und pflegende Angehörige: Hierzu werden netzeigene themenspezifische Beratungsangebote oder Schulungen erarbeitet, dokumentiert und durchgeführt.
 - Selbsthilfebeauftragte/r: Im Netz wird eine verantwortliche Person benannt, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert.
- d) Kriterium - Barrierefreiheit im Praxisnetz
Nachweis Barrierefreiheit: Nachweis der Barrierefreiheit gem. § 3 Abs. 1 Nr. 10 der Richtlinie der KV Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“

- a) Kriterium - Gemeinsame Fallbesprechungen
Keine Vorgabe für Nachweise

Amtliche Bekanntmachungen

- b) Kriterium - Netzzentrierte Qualitätszirkel
Datengestützte Netzqualitätszirkel:
 - Regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz
 - Darlegung der Ergebnisse
- c) Kriterium - Sichere elektronische Kommunikation
Verbindliche Absprachen zur Kommunikation/Verfahrensregelung:
 - Der Datenaustausch zwischen den Ärzten erfolgt überwiegend elektronisch durch die Nutzung gesicherter elektronischer Kommunikationswege
 - Vorlage eines Datenschutzkonzeptes
 - Vorlage einer IT-Sicherheitsleitlinie
- d) Kriterium - Gemeinsame Dokumentationsstandards
Elektronische Fallakte, bzw. Nutzung gemeinsamer fallbezogener Datenbasis
- e) Wissens- und Informationsmanagement
Keine Vorgabe für Nachweise
- f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern
Geregelte Kooperationen:
 - Beachtung der Schwerpunkte bzw. indikationsbezogener Qualifikationen der Kooperationspartner

3. Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz/ Prozessoptimierung“

- a) Kriterium - Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene
 - Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen, z.B. Medikamentenallergien, Nachbesprechung kritischer Ereignisse, Notfallmedikamente, Patientenbefragung
 - Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter
 - Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, z.B. abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen
 - Gemeinsame Darlegungsfähigkeit auf der Ebene klinischer und anderer Indikatoren

- b) Kriterium - Nutzung (oder Einbeziehung) Patientensperspektive
 - Standardisierte Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen
 - Netzzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt/Arztpraxis, Nutzung validierter Fragebögen, die folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertung der Patienteninformationen zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen/Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes
- c) Kriterium - Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz
Befundübermittlung auf elektronischem Wege:
 - Geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten
 - Geeignete Softwareprodukte für gemeinsame Beratung sowie den einfachen Informationsaustausch (Kompatibilität)
 - Innerhalb des Arztnetzes wird auf Befundübermittlung per Post verzichtet, soweit bestehende Regelungen dies zulassen (vgl. Nummer 2d).
- d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen
Vereinbarung von netzbezogenen Zielen:
 - Prävention
 - Arzneimitteltherapieüberwachung/Monitoring
 - Früherkennungsuntersuchungen
- e) Nutzung von Qualitätsmanagement
 - Zertifizierung Praxen, ggf. Gruppenzertifizierung
 - Anerkanntes QM-System bzw. -Verfahren
 - Peer Review im Netz, interne Visitationen

Die Nachweise werden im Rahmen der erstmaligen Beantragung der Anerkennung nach § 2 Absatz 3 der Richtlinie in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle erbracht. Des Weiteren sind die entsprechend unter den Zielen genannten Nachweise in elektronischer Form einzureichen.

V. Übersicht

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
a) Patientensicherheit	Nachweis eines abgestimmten, verbindlichen Vorgehens für definierte Patientengruppen (z.B. Polymedikation) Nachweis Inanspruchnahme anerkannter Angebote zur Pharmakotherapie-Beratung (z.B. KV Nordrhein)	Nachweis über netzzintern abgestimmte Medikationspläne für ausgewählte Versorgungsbereiche mit aktuellen Dosierungen und Einnahmehinweisen. Unerwünschte Arzneimittel	Zur Vermeidung von Medikationsfehlern wird im Netz mit Praxisverwaltungssystemen gearbeitet, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoringfunktionen unterstützen (Zielprozess)

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

1. Versorgungsziel „Patientenzentrierung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
	Beschreibung netzinterner Prozesse zur Vermeidung von Polymedikation Internes Fehlermanagement: Berichtssystem und ggf. Checklisten/ Prozessroutinen	telwirkungen dokumentieren und melden sowie im Netz diskutieren. Nachweis Protokolle	
	Internes Fehlermanagement: Berichtssystem und ggfs. Checkliste zur Prozessroutine		
b) Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung			
	Terminvereinbarungsregeln im Netz: regelmäßige Analyse der Wartezeiten mit anschließender Darlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Zielprozess zur Dringlichkeit und Zeitbedarf	Nachweis über Fallmanagement für Netzpatienten, nachzuweisen über netzspezifische Ablaufprotokolle Abläufe/Pfade/Standards Nachweis Netzcheckliste: Überleitungsmanagement	Standard Terminkoordination im Netz, z.B. elektronische Fallakte oder vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes
c) Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung			
		Netzstandards für geregelten Zugriff auf Patienteninformationen: krankheitsspezifische Informationsmaterialien (z.B. KBV Patienteninformationen, IQWiG, UPD)	Netzweit abgestimmtes Angebot bei Patienteninformationen
		Auflistung der Schulungsangebote für Patienten und / oder pflegende Angehörige bei mindestens zwei medizinischen Indikationen	Zielprozesse in Bezug auf die informierte Entscheidungsfindung
	Praxisinformationen zum KV Nordrhein Angebot der KOSA inklusive einer Verlinkung des Angebotes auf der Praxisnetz-Internetseite	Angebot strukturierter Informationen zu Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden	Selbsthilfebeauftragte/n ernennen
d) Barrierefreiheit im Praxisnetz			
	Einreichen des Fragebogens „Barrierearme Praxis“, jährliche Steigerung von 3 % (bis max. 75%) barrierearmer Praxen ausgehend von der bei Antragstellung bereits bestehenden Barrierefreiheit im Netz - Überprüfung nach 5 Jahren		

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
a) Gemeinsame Fallbesprechungen	Anzahl regelmäßiger Fallbesprechungen, Nachweis über Protokolle		

2. Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
b) Netzzentrierte Qualitätszirkel	Anzahl von Qualitätszirkeln nach ICD10-Code, die den Standards der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein entsprechen, Nachweis über Protokolle		Datengestützte Netzqualitätszirkel: regelmäßiges Monitoring, Darlegung der Ergebnisse
c) Sichere elektronische Kommunikation	Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, Nachweis sichere elektronische Verfahren gem. § 3 (1) Nr. 9, Datenschutzbeauftragter gem. § 4f BDSG Benennung IT-Sicherheitsbeauftragter		Verbindliche Absprachen zur Kommunikation Vorlage eines Datenschutzkonzeptes. Vorlage einer IT-Sicherheitsleitlinie
d) Gemeinsame Dokumentationsstandards		Netzstandards zur Patientendokumentation	Elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame fallbezogene Datenbasis
e) Wissens- und Informationsmanagement	Geregelte Zugänglichkeit von Therapie-Standards und Fortbildungsinitiativen des Netzes insbesondere Praxisbezogener Fortbildungen, netzadaptierte Behandlungspfade für ausgewählte häufige Indikationen, Angebote zertifizierter Qualitätszirkel (Kategorie C der Fortbildungsordnung), Internet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen		
f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern		Nachweis von Kooperationsvereinbarungen der Gesundheitsverbundanlage sowie zum Überleitungsmanagement, z.B. mit Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen/-diensten	Geregelte Kooperation(en)

3. Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz/ Prozessoptimierung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene	jährlicher Netzbericht nach Anlage 2 in elektronischer Form: Anzahl der Medikationschecks, Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz, Anzahl der Fallbesprechungen, Anzahl der in Behandlungsprogramme gem. § 137f SGB V (DMP) eingeschriebener Patienten, Durchschnittliche Wartezeit im Netz auf Haus- und Facharzttermine		Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen Gemeinsame Darlegungsfähigkeit auf der Ebene klinischer und anderer Indikatoren

3. Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz/ Prozessoptimierung“			
Kriterien	Nachweise zur Basis-Stufe	Nachweise Stufe I	Nachweise zur Stufe II
b) Nutzung (oder Einbeziehung) der Patientensperspektive		Beschwerdemanagement (und ggf. Vorschlagswesen): netzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patiententrückmeldungen (welcher Weg, durch wen und wie Bearbeitung erfolgt)	Patientenbefragungen: standardisierte Fragebögen zu ausgewählten Indikationen Netzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt/Arztpraxis, Nutzung valider Fragebögen mit den in der Richtlinie aufgeführten Aspekten, Bewertung der Patientinformationen
c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	Nachweis über geregelte Behandlungsprozesse zur verbindlichen interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit für ausgewählte Versorgungsbereiche, z.B. Versorgungspfade, Verordnungsgrundsätze zu Arzneimittel- und ggf. anderen Verordnungen		Befundübermittlung auf elektronischem Wege: Geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für die beschleunigte Übermittlung von Datengerechtere Softwareprodukte für gemeinsame Beratung sowie den Informationsaustausch auf Befundübermittlung per Post wird innerhalb des Netzes verzichtet
d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen		Netzspezifische Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisung: Netzeinheitliche Regelungen bei Wiederholungsverschreibung Fallsteuerung: Benennung eines Koordinators bei Versorgung multimorbider Patienten, Abstimmung/Kontrolle aller Verordnungen, Monitoring Krankenhausaufenthalte Dokumentation und Auswertung von Krankenhauseinweisungen	Vereinbarung von netzbezogenen Zielen: zu Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung/Monitoring Früherkennungsuntersuchungen
e) Nutzung von Qualitätsmanagement		Nachweis über ein eingeführtes QM-System in Praxen: Abstimmung der QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz Benennung eines QM-Beauftragten Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters im Netz Qualitätsziele/kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen	Zertifizierung der Praxen, ggf. Gruppensertifizierung, Anerkanntes QM-System bzw. -Verfahren, Peer Review im Netz, interne Visitationen

Anlage 2 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Absatz 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erstellt jährlich Versorgungsberichte mit den nachfolgend genannten Qualitäts- und Strukturdaten, welche eine Überprüfung der Versorgungsziele ermöglichen und übermittelt diese elektronisch an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Versorgungsberichte enthalten einen Auszug der Daten, welche von den Praxisnetzen an die Kassenärztliche Vereinigung geliefert werden (vgl. Anlage 1, II, Nr. 3a).

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

Nr. +	Inhalt	Format	Kardinalität
1	Praxisnetz-Nummer (PNR)	5-stellig alphanumerisch Die ersten beiden Stellen sind die Ziffern des KV-Landes- oder Bezirksstellen-schlüssels	1
2	Akkreditierungsstufe des PN	Aufzählungstyp mit einem der Werte 1,2 oder 3	1
3	Anzahl der teilnehmenden Ärzte	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
4	Anzahl aller teilnehmenden Arztpraxen	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
5	Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das PN abgedeckt werden	Liste	1
	PLZ	5-stellige Ziffernfolge	Mindestens 1
6	Liste aller in den Praxisnetzen vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste	1
	BAR-Code der Zulassungsfachgruppen	3-stellige Ziffernfolge gem. BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 4	Mindestens 3
7	Anzahl der behandelten Patienten	positiveInteger (positive ganze Zahl)	1
8	Anzahl der Überweisungen innerhalb des Praxisnetzes	nonNegativeInteger (ganze Zahl >= 0)	1

Nr. +	Inhalt	Format	Kardinalität
9	Anzahl aller Patienten, für die ein Medikationsscheck durchgeführt wurde	nonNegativeInteger (ganze Zahl >= 0)	0 bis 1
10	Anzahl der Patienten, die in ein Behandlungsprogramm gem. § 137f SGB V eingeschrieben sind	nonNegativeInteger (ganze Zahl >= 0)	0 bis 1
11	Liste der im Netz durchgeführten Qualitätszirkel / Fallkonferenzen	Liste der Fallkonferenzen	0 bis 1
	Fallkonferenz	ICD10-Codes Freitextfeld	Mindestens 1
	ICD10-Code	3 bis 6-stellig alphanumerisch	1 bis 5
	Freitextfeld	Zeichenkette (max. 800 Zeichen)	0 bis 1
12	Anzahl der Fallbesprechungen im Netz	ICD10-Code	
13	Behandlungen anhand standardisierter Behandlungspfade / Leitlinien	Liste durchgeführter standardisierter Behandlungspfade	0 bis 1
	Durchgeführte Behandlungspfade	ICD10-Code	Mindestens 1
	ICD10-Code	3 bis 6-stellig alphanumerisch	1

Erläuterung:

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

Einige Datenfelder bestehen aus verschiedenen Komponenten und sind über mehrere Ebenen hinweg hierarchisch aufgebaut. Die Hierarchie ist in der oben dargestellten Liste durch Einrückung abgebildet.