

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Meldestelle Praxisnetze  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

zur **Anerkennung des Praxisnetzes** nach §87b Abs. 4 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vom 15.06.2016 (**im Folgenden: Richtlinie der KVB**) für die **STUFE I**.

(**Bitte beachten Sie**, dass es sich bei der Anerkennung von Praxisnetzen um ein **Stufenverfahren** handelt, bei denen die **Stufen** Basis-Stufe, Stufe I und Stufe II **nacheinander beantragt und genehmigt werden müssen.**)

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragssteller</b> (Name des Praxisnetzes)  _____
<b>Anschrift Geschäftsstelle Praxisnetz</b>  _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort  _____ E-Mail-Adresse, Telefonnummer
<b>Vertreten durch den / die Geschäftsführer / -in</b>  Titel _____ Name _____, Vorname _____
<input type="checkbox"/> Ich bin vertretungsberechtigter Geschäftsführer / vertretungsberechtigte Geschäftsführerin des genannten Praxisnetzes. Eine entsprechende <b>Vollmachtserklärung</b> liegt dem Antrag bei. Mir ist bekannt, dass der Antrag rechtsunwirksam sein kann, wenn mir die Vertretungsberechtigung bzw. die Zeichnungsbefugnis für das Praxisnetz bei Antragsstellung fehlt. § 7 der Richtlinie der KVB gilt entsprechend.
Gründungsdatum _____
Rechtsform _____
Anzahl der Praxisnetzmitglieder _____
Anzahl der Netzpraxen _____

### Ärztlicher Leiter des Praxisnetzes

Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

**Anschrift** (falls abweichend von Anschrift Geschäftsstelle)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse, Telefonnummer

Bisherige Anerkennung des Praxisnetz:

Das Praxisnetz ist auf der Basis-Stufe bereits anerkannt.

**Datum der Anerkennung** \_\_\_\_\_

Das Praxisnetz ist noch nicht auf der Basis-Stufe anerkannt. Der Antrag zur Anerkennung auf der Basis-Stufe liegt bei oder liegt bereits zur Prüfung vor.

#### Bitte beachten Sie:

- Die **Anerkennung eines Praxisnetzes auf der Stufe I ist nur möglich**, wenn das Praxisnetz die **Voraussetzungen der Strukturvorgaben, die Versorgungsziele der Basis-Stufe erfüllt**.
- Zur **Aufrechterhaltung der Anerkennung** sind die Anforderungen der § 3, § 4 und § 5 der Richtlinie der KVB **nach Ablauf von fünf Jahren nach der Anerkennung** (Zugang des Bescheids) **unaufgefordert erneut gegenüber der KVB nachzuweisen**.
- **Jede Änderung der Voraussetzungen zur Anerkennung als Praxisnetz** (§ 3, § 4 und § 5 der Richtlinie der KVB) ist **unverzüglich gegenüber der KVB schriftlich anzuzeigen** (§10 der Richtlinie). Verwenden Sie bitte hierfür das Formular auf der Homepage der KVB unter: [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik „Praxis/ Alternative Versorgungsformen/ Praxisnetze. Führt die Änderung dazu, dass die Voraussetzungen als Praxisnetz nicht mehr erfüllt werden, setzt die KVB eine Übergangsfrist zur Wiederherstellung der Voraussetzungen zur Anerkennung. Werden die **Verpflichtungen aus Satz 1 und 2 nicht erfüllt**, kann die KVB die **Anerkennung als Praxisnetz widerrufen**.

## 2. Beantragung

Beantragt wird die **Anerkennung als Praxisnetz** gemäß der Richtlinie der KVB auf der **Stufe I**.

## 3. Voraussetzungen

3.1. **Das Praxisnetz erfüllt jedes der nachfolgenden Versorgungsziele / Kriterien gemäß § 5 der Richtlinie der KVB** (Bitte beachten Sie die Mindestanforderungen an die einzelnen Nachweise aus der Richtlinie der KVB und aus den Anlagen des Antrages. Alle nachfolgenden Anforderungen müssen erfüllt werden.)

Das Praxisnetz erfüllt das **Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“** mit den folgenden Parametern und Inhalten:

- Patientensicherheit: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung eines **Muster - Medikationsplans** sowie
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Medikationspläne / Diskussion und Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen**“ (**Anlage I1**).
- Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung **netzspezifischer Ablaufprotokolle**, die über Abläufe, Pfade und Standards des netzinternen Fallmanagements Auskunft geben sowie
  - einer netzintern abgestimmten **Netzcheckliste zum Überleitungsmanagement**.
- Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Selbsterklärung** im Antrag, dass das Praxisnetz zur Information der Patienten vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen oder eigene erstellte Informationsmaterialien verwendet (s. Seite 4).
  - Einreichung einer im Praxisnetz abgestimmten **tabellarischen Übersicht über mindestens zwei Schulungsangebote**, die in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung durchgeführt und **die für Patienten mit mindestens zwei medizinischen Indikationen und / oder deren pflegenden Angehörige** angeboten wurden (**Anlage I2**).
  - eine **Selbsterklärung** im Antrag, dass Informationsmaterialien und Adressen von Selbsthilfekontaktstellen, von Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie von psychosozialen Beratungseinrichtungen vorgehalten und regelmäßig, mindestens einmal jährlich, aktualisiert werden (s. Seite 4).
- Barrierefreiheit im Netz: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Barrierefreiheit im Praxisnetz**“ (**Anlage I3**).

Das Praxisnetz erfüllt das **Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“** mit den folgenden Parametern und Inhalten:

- Gemeinsame Dokumentationsstandards: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Gemeinsame Dokumentationsstandards**“ (**Anlage I4**).
- Wissens- und Informationsmanagement: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Aktualität und Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands**“ (**Anlage I5**).
- Kooperation mit anderen Leistungserbringern: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Bestätigung** im Antrag, dass das Praxisnetz mindestens zwei Kooperationsverträge mit einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer und mit einem stationären Leistungserbringer abgeschlossen hat (s. Seite 4), sowie
  - eine **Selbsterklärung** im Antrag, dass das Praxisnetz über Regelungen zum Überleitungsmanagement und über einen Koordinationsarzt, der für eine sektorenübergreifende Begleitung des Patienten zuständig ist, verfügt (s. Seite 5).

Das Praxisnetz erfüllt das **Versorgungsziel 3 „Verbesserte Effizienz“** mit den folgenden Parametern und Inhalten:

- Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Beschwerdemanagement im Praxisnetz**“ (**Anlage I6**).

- Wirtschaftlichkeitsverbesserungen: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Wirtschaftlichkeitsverbesserungen**“ (Anlage I7).
- Nutzung von Qualitätsmanagement: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Selbsterklärung** im Antrag, dass das Praxisnetz über ein Qualitätsmanagement (QM) verfügt, sich über QM-Grundsätze und QM-Instrumente abstimmt und über einen QM-verantwortlichen Arzt und einen QM-verantwortlichen nicht-ärztlichen Mitarbeiter verfügt (s. Seite 5),
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Einheitlich angewandte Qualitätsziele**“ (Anlage I8).

#### 4. Selbstauskunft zu den Anerkennungsvoraussetzungen nach Nr. 3.

Kontakte zu folgenden Selbsthilfekontaktstellen

---

Kontakte zu folgenden Patientenverbänden/Selbsthilfegruppen

---

Kontakte zu folgenden psychosozialen Beratungseinrichtungen

---

#### 5. Verpflichtungserklärung (Selbsterklärung)

- Das Praxisnetz verpflichtet sich, die geforderten Strukturvorgaben und Versorgungsziele / Kriterien der Richtlinie der KVB im Einklang mit den geltenden berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Bestimmungen zu erfüllen. Sobald die Anforderungen nicht mehr erfüllt werden, verpflichtet sich das Praxisnetz dies der KVB umgehend anzuzeigen (siehe Formular zur Änderungsanzeige auf der KVB-Homepage unter: [www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/](http://www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/)).
- Dem Praxisnetz ist bekannt, dass zur Aufrechterhaltung der Anerkennung die Anforderungen der § 3, § 4 und § 5 der Richtlinie der KVB nach Ablauf von fünf Jahren nach der Anerkennung (Zugang des Bescheids) unaufgefordert erneut gegenüber der KVB nachzuweisen sind.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass es zur Information der Patienten vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen (KBV Patienteninformationen, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Informationsmaterialien anderer Institutionen) oder eigene erstellte Informationsmaterialien verwendet.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass es Informationsmaterialien und Adressen von Selbsthilfekontaktstellen, von Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie von psychosozialen Beratungseinrichtungen vorhält und regelmäßig, mindestens einmal jährlich, aktualisiert.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass es mindestens zwei Kooperationsverträge mit einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer und mit einem stationären Leistungserbringer abgeschlossen hat.

Das Praxisnetz bestätigt, über Regelungen zum Überleitungsmanagement und über einen Koordinationsarzt, der für eine sektorenübergreifende Begleitung des Patienten zuständig ist, zu verfügen.

Das Praxisnetz bestätigt, über ein Qualitätsmanagement (QM) zu verfügen, sich über QM-Grundsätze und QM-Instrumente abgestimmt zu haben und über einen QM-verantwortlichen Arzt und einen QM-verantwortlichen nicht-ärztlichen Mitarbeiter zu verfügen.

## 6. Einverständniserklärung

Das Praxisnetz ist einverstanden, dass die im Rahmen des Anerkennungsverfahrens einzureichenden Daten in der gemäß Anlage 2 der Richtlinie der KVB vorgegebenen aggregierten Form, an die KBV weitergeleitet werden.

Das Praxisnetz ist einverstanden, dass seine Anerkennung auf der KVB-Homepage unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) Praxisnetze veröffentlicht wird.

Für den Fall, dass die KBV eine Veröffentlichung anerkannter Praxisnetze auf ihrer Homepage realisiert, ist das Praxisnetz mit der Veröffentlichung seiner Anerkennung auf der KBV-Homepage einverstanden.

**Ich bestätige als vertretungsberechtigter Geschäftsführer / vertretungsberechtigte Geschäftsführerin des Praxisnetzes, dass ich die Inhalte des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diese Inhalte ausdrücklich als für mich bzw. als für mein Praxisnetz rechtsverbindlich an. Mir ist bekannt, dass die im Anhang aufgeführten Erläuterungen und Anlagen Bestandteil dieses Antrags sind.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben im Anerkennungsantrag und den beigefügten Anlagen.**

**Die an dem Praxisnetz teilnehmenden Ärzte bzw. Praxen haften selbst und eigenverantwortlich für die Sicherheit ihrer Daten auf der Grundlage der jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vertretungsberechtigter Geschäftsführer  
des Praxisnetzes

\_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

**Bitte kreuzen Sie an, in welcher Form Sie die geforderten Nachweise einreichen. Bitte beachten Sie im Falle einer elektronischen Übermittlung die Vorgaben zur elektronischen Datenübermittlung aus dem nachfolgenden Anhang.**

<b>Checkliste</b>	<b>Wird elektronisch übermittelt</b>	<b>Sind dem Antrag in Papierform beigelegt</b>
1) Vollmachtserklärung vertretungsberechtigter Geschäftsführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Prozessbeschreibungen:		
▪ „Medikationspläne / Diskussion und Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen“ (Anlage I1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Barrierefreiheit im Praxisnetz“ (Anlage I3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Gemeinsame Dokumentationsstandards“ (Anlage I4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Aktualität und Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands“ (Anlage I5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Beschwerdemanagement im Praxisnetz“ (Anlage I6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“ (Anlage I7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Einheitlich angewandte Qualitätsziele“ (Anlage I8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Übersichten (tabellarisch):		
▪ Übersicht über mindestens zwei Schulungsangebote, die durchgeführt und die für Patienten mit mindestens zwei medizinischen Indikationen und / oder deren pflegenden Angehörige angeboten wurden (Anlage I2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Einreichung folgender Dokumente:		
▪ Muster- Medikationsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ netzspezifischer Ablaufprotokolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Netzcheckliste zum Überleitungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anerkennungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir Sie darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige oder falsche Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Bei der Beantragung der Anerkennung von Praxisnetzen durch die KVB ist der Antragsteller stets der vertretungsberechtigte Geschäftsführer des Praxisnetzes. Der Bescheid wird dem Praxisnetz, vertreten durch den Geschäftsführer, erteilt.

Für die Bearbeitung der Anträge für die Basis-Stufe, Stufe I und Stufe II wird unabhängig vom Ergebnis (Anerkennung / Ablehnung) **jeweils** eine Gebühr in Höhe von 950 Euro erhoben (Anlage 1 der Gebührenordnung der KVB, in der jeweils gültigen Fassung). Für die Bearbeitung **zweier** zeitgleich eingereichter Anträge wird unabhängig vom Ergebnis (Anerkennung / Ablehnung) eine Gebühr in Höhe von 1600 Euro erhoben. Für die Bearbeitung **dreier** zeitgleich eingereichter Anträge wird unabhängig vom Ergebnis (Anerkennung / Ablehnung) eine Gebühr in Höhe von 2200 Euro erhoben. Die Gebühr wird mit Zugang des Bescheides fällig.

Die Rahmenvorgabe der KBV zur Anerkennung von Praxisnetzen finden Sie auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de/html/praxisnetze.php](http://www.kbv.de/html/praxisnetze.php).

Die auf diesen Vorgaben der KBV basierende Richtlinie der KVB zur Anerkennung von Praxisnetzen ist unter [www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/](http://www.kvb.de/praxis/alternative-versorgungsformen/praxisnetze/) abrufbar.

### Datenübermittlung

Die zu erbringenden Nachweise nach Nr. 3 des Anerkennungsantrags sollen der KVB vorzugsweise elektronisch übermittelt werden. Die Übermittlung erfolgt hier per E-Mail über das Postfach:

[Praxisnetze@kvb.de](mailto: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. Legen Sie alle Nachweise auf Ihrem eigenen Computer in einem Dateiordner ab.
2. Komprimieren und verschlüsseln Sie den Dateiordner im Format AES 256bit z. B. mit der frei verfügbaren und kostenlos erhältlichen Software 7-Zip.
3. Das Passwort zum Verschlüsseln des Dateiordners bekommen Sie auf telefonische Nachfrage über unsere Praxisnetzhotline unter der Telefonnummer: 089 / 570 93 407 50.
4. Schicken Sie nun den komprimierten und verschlüsselten Dateiordner per E-Mail an die E-Mail-Adresse: [Praxisnetze@kvb.de](mailto:Praxisnetze@kvb.de)

Die KVB übernimmt keine Haftung für Fehler in der Datenübermittlung.

**Anlage I1**

**Medikationspläne / Diskussion und Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen**

(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

**Prozessbeschreibung „Medikationspläne / Diskussion und Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen“**

**Aktualisierung:** Wie stellen Sie sicher, dass der Leistungserbringer einen Medikationsplan des Patienten hat und dass der Medikationsplan aktuell ist?

**Vorgehensweise:** Wie erfolgt - innerhalb des Praxisnetzes - der konkrete Umgang mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen, diesbezüglichen Verdachtsfällen und Impfkomplikationen (Qualitätssicherungsmaßnahmen)?

**Ergebnisse:** Wie werden die Ergebnisse der oben genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen im Sinne der Patientensicherheit im Netz umgesetzt? Wie werden die Erkenntnisse im Netz diskutiert?



**Anlage I2**  
**Schulungsangebote für Patienten mit mindestens zwei medizinischen Indikationen und / oder deren pflegenden Angehörige** (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

<b>Bezeichnung des Schulungsangebots</b>	<b>Zielgruppe (Patient und/oder pflegende Angehörige)</b>	<b>Angaben der Indikationen des Patienten (ICD-10 Code)</b>	<b>Datum der Schulung</b>	<b>Referent</b>

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage I3**  
**Barrierefreiheit im Praxisnetz**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

<b>Prozessbeschreibung „Barrierefreiheit im Praxisnetz“</b>
<b>Definition:</b> Was wird im Praxisnetz unter Barrierefreiheit verstanden (z.B. für welche bestimmte Zielgruppe?)
<b>Spezifische Ziele:</b> Welche spezifischen Ziele zur Umsetzung von Barrierefreiheit hat sich das Praxisnetz gesetzt?
<b>Angestrebter Zeitplan:</b> Innerhalb welchen zeitlichen Rahmens sollen die Ziele im Praxisnetz erreicht / sichergestellt werden?

**Anlage I4**  
**Gemeinsame Dokumentationsstandards**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

<b>Prozessbeschreibung „Gemeinsame Dokumentationsstandards“</b>
<p><b>Verfahrensanweisung:</b> Beschreiben Sie, welche Verfahrensanweisungen oder welche verwendeten Standards Sie im Praxisnetz zur Patientendokumentation vereinbart haben.</p>
<p><b>Ausgewählte Versorgungsbereiche:</b> Haben Sie diese Verfahrensanweisungen oder verwendeten Standards im Praxisnetz für ausgewählte Versorgungsbereiche vereinbart? Wenn ja, für welche ausgewählten Versorgungsbereiche? Wenn nein, warum nicht?</p>
<p><b>Software:</b> Benutzen Sie dazu eine Software (z. B. Comdoxx, Vivien, ...)? Wenn ja, welche?</p>

**Anlage I5**

**Aktualität und Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

<b>Prozessbeschreibung „Aktualität und Vollständigkeit des Wissens- und Informationsstands“</b>
<b>Medien, Aktualität und Vollständigkeit:</b> Mit Hilfe welcher Medien / welches Verfahrens werden die Netzärzte auf einen aktuellen Wissens- und Informationsstand gebracht? Wie werden durch das Praxisnetz die Aktualität und die Vollständigkeit der Informationen gewährleistet?
<b>Wissenschaftliche Erkenntnisse:</b> In welcher Weise fließen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Patientenversorgung ein?
<b>Bereiche / Indikationen:</b> Auf welche Bereiche / Indikationen werden in einem Wissens- und Informationsmanagement in Ihrem Praxisnetz besonderen Wert gelegt?

Stempel Praxisnetz

Datum

Unterschrift

### Anlage I6

#### Beschwerdemanagement im Praxisnetz

(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 3 „Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung“)

<b>Prozessbeschreibung „Beschwerdemanagement im Praxisnetz“</b>
<b>Form:</b> Welche Möglichkeiten haben Patienten/ Angehörige Beschwerden und Vorschläge mitzuteilen?
<b>Ansprechpartner:</b> Durch wen werden die Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen?
<b>Vorgehensweise auf Praxisebene:</b> Wie ist die Bearbeitung von Beschwerden und Vorschlägen innerhalb der Praxis vorgesehen?
<b>Vorgehensweise auf Praxisnetzebene:</b> Wie wird mit Beschwerden und Vorschlägen innerhalb des Praxisnetzes umgegangen?

**Anlage I7**

**Wirtschaftlichkeitsverbesserungen**

(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 3 „Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung“)

**Prozessbeschreibung „Wirtschaftlichkeitsverbesserungen“**

**Konkrete Maßnahme:** Benennen Sie mindestens eine konkrete netzspezifische Maßnahme zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen (z.B. ein bestimmtes Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen, Fallsteuerung sowie die Dokumentation und Auswertung der Krankenhauseinweisungen), die zu Wirtschaftlichkeitsverbesserungen führt.

**Beschreibung:** Beschreiben Sie, wie durch diese konkrete Maßnahme die Wirtschaftlichkeit verbessert werden konnte.

**Anlage I8**  
**Einheitlich angewandte Qualitätsziele**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 3 „Verbesserte Effizienz /  
 Prozessoptimierung“)

<b>Prozessbeschreibung „Einheitlich angewandte Qualitätsziele“</b>
<p><b>Gemeinsame Qualitätsziele:</b> Nennen Sie mindestens fünf Qualitätsziele, die in Ihrem Praxisnetz einheitlich angewandt werden.</p>
<p><b>Umsetzungsmaßnahmen:</b> Wie stellen Sie sicher, dass die einzelnen Netzpraxen diese gemeinsamen Qualitätsziele nach einheitlichen Kriterien umsetzen?</p>
<p><b>Dokumentation:</b> Wie werden diese Prozesse nachvollziehbar dokumentiert?</p>
<p><b>Überprüfung:</b> Wie wird die Zielerreichung überprüft?</p>
<p><b>Maßnahmen:</b> Welche (Verbesserungs-) Maßnahmen wurden bisher aus der konkreten Vorgehensweise im Praxisnetz abgeleitet und umgesetzt?</p>