

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 II**.

(**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

**Antragssteller** (Name des Praxisnetzes)

\_\_\_\_\_

**Anschrift Geschäftsstelle Praxisnetz**

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

**Vertreten durch den / die Geschäftsführer / in**

Titel \_\_\_\_\_

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

Ich bin vertretungsberechtigter Geschäftsführer / vertretungsberechtigte Geschäftsführerin des genannten Praxisnetzes. Eine entsprechende **Vollmachtserklärung** 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 Praxisnetzes:

- 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.
- Das Praxisnetz ist auf der **Stufe I** bereits anerkannt.  
**Datum der Anerkennung** \_\_\_\_\_
- Das Praxisnetz ist noch nicht auf der **Stufe I** anerkannt. Der Antrag zur Anerkennung auf der Stufe I liegt bei oder liegt bereits zur Prüfung vor.

**Bitte beachten Sie:**

- Die **Anerkennung eines Praxisnetzes auf der Stufe II ist nur möglich**, wenn das Praxisnetz die **Voraussetzungen der Strukturvorgaben, die Versorgungsziele der Basis-Stufe sowie der Stufe I erfüllt**.
- Zur **Aufrechterhaltung der Anerkennung** sind die Anforderungen der § 3, § 4, § 5 und § 6 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, § 5 und § 6 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 II**.

### 3. Voraussetzungen

3.1. **Das Praxisnetz erfüllt jedes der nachfolgenden Versorgungsziele / Kriterien gemäß § 6 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 einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Elektronisches Medikationsmanagement-Tool**“ (Anlage II1).
- Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Elektronische Fallakte**“ (Anlage II2),
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Termin- und Therapiekoordination mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes**“ (Anlage II3).
- Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung**“ (Anlage II4),
  - eine **Bestätigung**, dass das Praxisnetz eine verantwortliche Person benannt hat, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert (Selbsthilfebeauftragten) (s. Seite 5).
- Barrierefreiheit im Netz: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Anteil barrierefreier Praxen**“ (Anlage II5).

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

- Netzzentrierte Qualitätszirkel: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz datengestützte netzzentrierte Qualitätszirkel durchführt (s. Seite 5),
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zu „**Datengestützten Netzqualitätszirkeln**“ (Anlage II6).
- Sichere elektronische Kommunikation: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz den Datenaustausch zwischen den Netzärzten überwiegend elektronisch und auf einem sicheren Übertragungsweg erfolgen lässt (s. Seite 5),
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Gesicherter Übertragungsweg zwischen den Netzärzten**“ (Anlage II7),
  - Einreichung einer **Selbsterklärung**, dass die Voraussetzungen für eine „gesicherte Datenverbindung“ (VPN-Verbindung) vorliegen, falls von einem Teil der Netzärzte **eine eigene Datenanbindungslösung** (s. Seite 6) genutzt wird. Dabei sind insbesondere die Vorgaben der Empfehlungen a. auf Seite 5 zu beachten **und**
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Übertragungsweg - Weiterführende Angaben bei eigener Datenanbindungslösung (außerhalb SNK)**“ (Anlage II8),
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Sichere Datenübermittlung von Arzt zu Arzt**“ (Anlage II9),

- eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz die PCs gegen unbefugte Zugriffe von Dritten absichert (s. Seite 6). Hierzu sind Empfehlungen b. und c. zu berücksichtigen (s. Seite 5),
  - eine **Bestätigung**, dass die IT-Sicherheitsstandards für einen sicheren Datenaustausch dem aktuellen Stand der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik ([www.bsi.de](http://www.bsi.de)) entsprechen (s. Seite 6),
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz geltende Datenschutzbestimmungen kennt und einhält (s. Seite 6). Hierzu zählt insbesondere die Einhaltung der Empfehlungen d. (s. Seite 5),
  - Einreichung des **Inhaltsverzeichnisses des Datenschutzkonzeptes**,
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz ein Datenschutzkonzept anwendet, das den aktuell gültigen Datenschutzbestimmungen entspricht (s. Seite 6),
  - Einreichung des **Inhaltsverzeichnisses der IT-Sicherheitsleitlinie**,
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz eine IT-Sicherheitsleitlinie anwendet (s. Seite 6).
- Gemeinsame Dokumentationsstandards: Der Nachweis erfolgt durch:
    - Einreichung einer Prozessbeschreibung „**Gemeinsame Dokumentationsstandards**“ (**Anlage II10**).
  - Wissens- und Informationsmanagement: Der Nachweis erfolgt durch:
    - Einreichung der **Bescheinigungen**, mit denen die BLÄK bzw. die PTK Bayern die Fortbildungen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt hat (Teilnahmebescheinigung). Das Praxisnetz hat in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung für die Netzpraxen mindestens drei Fortbildungen zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation angeboten.
  - Kooperationen mit anderen Leistungserbringern: Der Nachweis erfolgt durch:
    - Einreichung einer **tabellarischen Übersicht über mindestens drei indikationsbezogene Qualifikationen seiner Kooperationspartner (Anlage II11)**.

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

- Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Qualitätsindikatoren**“ (**Anlage II12**) von mindestens zwei im Praxisnetz genutzten Qualitätsindikatoren,
  - Einreichung **geeigneter Dokumente** aus denen hervorgeht, dass entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen (z.B. Veranstaltungsprogramm) angeboten werden,
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Ziele für besonders vulnerable Patientengruppen**“ (**Anlage II13**),
  - Einreichung **geeigneter Dokumente**, aus denen sich die konkreten Versorgungsdaten ergeben (z. B. Netzbroschüre, Netzreport,...).
- Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung eines **Patientenfragebogens** des Praxisnetzes,
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Bewertung der Patientenfragebögen**“ (**Anlage II14**).
- Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz: Der Nachweis erfolgt durch:
  - eine **Selbsterklärung**, dass das Praxisnetz Befunde auf elektronischen Wege übermittelt (s. Seite 6).
- Wirtschaftlichkeitsverbesserungen: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung einer Prozessbeschreibung zum Thema „**Vereinbarung von Zielen zur Wirtschaftlichkeitsverbesserung**“ (**Anlage II15**).

- Nutzung von Qualitätsmanagement: Der Nachweis erfolgt durch:
  - Einreichung der **QM-Zertifizierungs- oder Rezertifizierungsbescheinigung** von 100% der teilnehmenden Mitgliedspraxen. Alternativ kann der Nachweis durch QM-Gruppenzertifizierungsbescheinigung des Praxisnetzes erfolgen. Bei Antragsstellung dürfen diese Bescheinigungen nicht älter als 36 Monate sein,
  - Einreichung einer **Teilnahmebescheinigung der BLÄK bzw. der PTK Bayern**, mit der diese die Peer Reviews als Fortbildungsveranstaltung nach Kategorie C anerkannt hat, oder durch Einreichung eines Protokolls einer durchgeführten praxisnetzinternen Visitation.

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

Angaben zum Kriterium „Sichere elektronische Kommunikation“.  
Das Praxisnetz hat folgende Empfehlungen eingehalten:

- a. „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, inkl. der technischen Anlagen.
- b. „Empfehlungen der KVB zu Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“.
- c. Empfehlungen, die auf den Seiten des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik in aktueller Form vorgehalten werden.
- d. Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu „Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“.

#### 5. Verpflichtungserklärung (Selbsterklärung)

- Das Praxisnetz verpflichtet sich, die geforderten 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/praxisnetze](http://www.kvb.de/praxisnetze)).
- Dem Praxisnetz ist bekannt, dass zur Aufrechterhaltung der Anerkennung die Anforderungen der § 3, § 4, § 5 und § 6 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 eine verantwortliche Person benannt hat, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert (Selbsthilfebeauftragten).
- Das Praxisnetz bestätigt, dass es datengestützte netzzentrierte Qualitätszirkel durchführt.
- Das Praxisnetz bestätigt, dass der Datenaustausch überwiegend elektronisch und auf einem sicheren Übertragungsweg erfolgt:
  - Das Praxisnetz bestätigt, dass mindestens 95% der Netzärzte untereinander die Möglichkeiten eines gesicherten elektronischen Datenaustauschs nutzen, die den Vorgaben des E-Health-Gesetzes bzgl. der Telematik-Infrastruktur entsprechen müssen.
  - Das Praxisnetz bestätigt, dass für die elektronische Kommunikation Anwendungen (z.B. KV-Connect) über eine gesicherte Datenverbindung, bevorzugt im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, verwendet werden. Die elektronisch vernetzten Netzärzte verfügen über die dafür notwendige technische Anbindung (z.B. eArztbriefe).

<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass die Voraussetzungen für eine gesicherte Datenverbindung (VPN-Verbindung) bei einer eigenen Datenanbindungslösung vorliegen.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, bei der Verwendung eines PCs, der über einen direkten Zugriff auf Patientendaten oder einen anderen vernetzten PC mit Patientendaten verfügt, nach gängigem Stand der Technik vor Angriffen aus dem Internet zu schützen, z.B. über eine mehrstufige Firewall.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass es auf allen vernetzten PCs aktuelle Viren-Schutzprogrammen einsetzt und die eingesetzten Viren-Schutzprogramme regelmäßig aktualisiert.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass die Geschäftsstelle regelmäßige Informationen über notwendige Datenschutz- und IT-Sicherheitsmaßnahmen, wie z. B. regelmäßige Passwortänderungen gewährleistet.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass seine IT-Sicherheitsstandards für einen sicheren Datenaustausch dem aktuellen Stand der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik ( <a href="http://www.bsi.de">www.bsi.de</a> ) entsprechen.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass sich seine IT-Sicherheitsstandards zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf dem aktuellsten Stand befinden.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass es geltende Datenschutzbestimmungen kennt und einhält.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass es ein Datenschutzkonzept anwendet, das den aktuell gültigen Datenschutzbestimmungen entspricht. In einem Datenschutzkonzept werden die für eine datenschutzrechtliche Beurteilung notwendigen Informationen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten beschrieben. Dabei sind auch die „technischen und organisatorischen Maßnahmen“ im Sinne des § 9 BDSG zu beschreiben.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass es eine IT-Sicherheitsleitlinie anwendet.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass es geeignete kompatible Softwareprodukte für gemeinsame Beratungen sowie für den einfachen Informationsaustausch verwendet.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz bestätigt, dass die einzelnen Netzpraxen innerhalb des Praxisnetzes auf Befundübermittlung per Post verzichten, soweit bestehende Regelungen dies zulassen.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz stellt sicher, dass seine einzelnen Netzpraxen über eine geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten verfügen.

## 6. Einverständniserklärung

<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	Das Praxisnetz ist einverstanden, dass seine Anerkennung auf der KVB-Homepage unter <a href="http://www.kvb.de/praxisnetze">www.kvb.de/praxisnetze</a> veröffentlicht wird.
<input type="checkbox"/>	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.

<input type="checkbox"/>	<b>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.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben im Anerkennungsantrag und den beigefügten Anlagen.</b>

<input type="checkbox"/>	<b>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.</b>
--------------------------	--

\_\_\_\_\_  
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.**

Checkliste	Wird elektronisch übermittelt	Sind dem Antrag in Papierform beigelegt
1) Vollmachtserklärung vertretungsberechtigter Geschäftsführer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Prozessbeschreibungen:		
▪ „Elektronisches Medikationsmanagement-Tool“ (Anlage II1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Elektronische Fallakte“ (Anlage II2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Termin- und Therapiekoordination mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes“ (Anlage II3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung“ (Anlage II4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Anteil barrierefreier Praxen“ (Anlage II5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Datengestützte Netzqualitätszirkel“ (Anlage II6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Gesicherter Übertragungsweg zwischen den Netzärzten“ (Anlage II7).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Übertragungsweg - Weiterführende Angaben bei eigener Datenanbindungslösung (außerhalb SNK)“ (Anlage II8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Sichere Datenübermittlung von Arzt zu Arzt“ (Anlage II9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Gemeinsame Dokumentationsstandards“ (Anlage II10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Qualitätsindikatoren“ (Anlage II12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Ziele für besonders vulnerable Patientengruppen“ (Anlage II13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Bewertung der Patientenfragebögen“ (Anlage II14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ „Vereinbarung von Zielen zur Wirtschaftlichkeitsverbesserung“ (Anlage II15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Übersichten (tabellarisch)		
▪ Kooperation mit anderen Leistungserbringern (Anlage II11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Einreichung folgender Dokumente:		
▪ Inhaltsverzeichnis des Datenschutzkonzepts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Inhaltsverzeichnis der IT-Sicherheitsleitlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Bescheinigungen, mit denen die BLÄK bzw. die PTK Bayern die Fortbildungen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt hat (Teilnahmebescheinigung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ geeignete Dokumente, aus denen hervorgeht, dass entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. Veranstaltungsprogramm) angeboten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ geeignete Dokumente, aus denen sich die konkreten Versorgungsdaten ergeben (z. B. Netzbroschüre, Netzreport,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ein Patientenfragebogen des Praxisnetzes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ QM-Zertifizierungs- oder Rezertifizierungsbescheinigung von 100% der teilnehmenden Mitgliedspraxen. Alternativ: QM-Gruppenzertifizierungsbescheinigung des Praxisnetzes (bei Antragsstellung nicht älter als 36 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ eine Teilnahmebescheinigung der BLÄK bzw. der PTK Bayern, mit der diese die Peer Reviews als Fortbildungsveranstaltung nach Kategorie C anerkannt hat. Alternativ: ein Protokoll einer durchgeführten praxisnetzinternen Visitation.	<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 II1****Elektronisches Medikationsmanagement-Tool**

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

<b>Prozessbeschreibung „Elektronisches Medikationsmanagement-Tool“</b>
<p><b>Funktionen/Anwendungen:</b> Welche Funktionen und Anwendungen hat das elektronische Medikationsmanagement-Tool im Praxisnetz (z. B. Priscus-Liste, Interaktionscheck, elektronische Patientenakte) derzeit? Welche weiteren Funktionen und Anwendungen werden diesbezüglich im Praxisnetz angestrebt?</p>
<p><b>Vernetzung:</b> Wie sind derzeit die Netzpraxen über das elektronische Medikationsmanagement-Tool vernetzt (z. B. PVS, Versenden des Medikationsplans, eArztbriefe)? Wie soll die Vernetzung in Zukunft im Praxisnetz weiterentwickelt werden?</p>
<p><b>Verantwortlichkeit:</b> Wie wird die Verantwortlichkeit für die Inhalte des Medikationsplans im Praxisnetz sichergestellt?</p>
<p><b>Zeitpunkt:</b> Wie viele Netzpraxen in Ihrem Praxisnetz nutzen derzeit schon das elektronische Medikationsmanagement-Tool? Was ist Ihr angestrebtes Ziel (z. B. eine flächendeckende Umsetzung bis zum..., eine maximale Quote von....)?</p>

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II2**  
**Elektronische Fallakte**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

<b>Prozessbeschreibung zur „Elektronische Fallakte“</b>
<p><b>Software:</b> Welche Software / Anwendungslösung nutzen Sie als elektronische Fallakte bzw. als gemeinsame fallbezogene Datenbasis in Ihrem Netz?</p>
Empty space for software description
<p><b>Hersteller:</b> Nennen Sie den dazugehörigen Hersteller.</p>
Empty space for manufacturer information
<p><b>Erläutern der Softwareanwendung:</b> Erläutern Sie, wie Sie in Ihrem Praxisnetz die verwendete Software für die Terminkoordination innerhalb des Praxisnetzes anwenden.</p>
Empty space for software application details

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II3**  
**Termin- und Therapiekoordination mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten**  
**außerhalb des Netzes**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

<b>Prozessbeschreibung zur „Termin- und Therapiekoordination mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes“</b>
<b>Standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern:</b> Mit welchen Krankenhäusern gibt es ein standardisiertes Vorgehen bzgl. der Termin- und Therapiekoordination?
<b>Beschreibung:</b> Beschreiben Sie das standardisierte Vorgehen mit den Krankenhäusern bzgl. der Termin- und Therapiekoordination (z. B. Informationsaustausch, Intervalle,...).
<b>Standardisiertes Vorgehen mit Fachärzten:</b> Mit welchen Facharztgruppen außerhalb des Netzes gibt es ein standardisiertes Vorgehen bzgl. der Termin- und Therapiekoordination?
<b>Beschreibung:</b> Beschreiben Sie das standardisierte Vorgehen mit den Facharztgruppen außerhalb des Netzes bzgl. der Termin- und Therapiekoordination (z. B. Informationsaustausch, Intervalle,...).

Stempel Praxisnetz

Datum

Unterschrift

### Anlage II4

#### Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung

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

#### Prozessbeschreibung „Befähigung / Informierte Entscheidungsfindung“

**Angebote:** Welche netzeigenen themenspezifischen Beratungsangebote oder Schulungen für Patienten und pflegende Angehörige wurden durch das Praxisnetz erarbeitet und angeboten? Wann wurden diese zuletzt durchgeführt?

**Dokumentation:** Wie wurden diese durchgeführt und dokumentiert?

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II5**  
**Anteil barrierefreier Praxen**  
(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 1 „Patientenzentrierung“)

<b>Prozessbeschreibung „Anteil barrierefreier Praxen“</b>
<b>Umsetzung:</b> Wie ist der Umsetzungsstand bezüglich der Barrierefreiheit im Praxisnetz zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf Stufe II?
<b>Maßnahmen zur Anteilerhöhung:</b> Mit welchen Maßnahmen planen Sie den Anteil barrierefreier Praxen künftig zu erhöhen?
<b>Erfüllungsquote:</b> Welche Quote barrierefreier Praxen streben Sie bis zum welchem Zeitpunkt im Praxisnetz an?

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II6**  
**Datengestützte Netzqualitätszirkel**  
(als Nachweis zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

<b>Prozessbeschreibung „Datengestützte Netzqualitätszirkel“</b>
<p><b>Art/Inhalt:</b> In welcher Form (Art und Inhalt) erfolgt das regelmäßige Monitoring der Ergebnisse der Qualitätszirkel im Praxisnetz (z. B. als elektronisch protokollierte Qualitätszirkelsitzung beim Onlineservice der KVB (eQZ))?</p>
<p><b>Monitoring:</b> Wie oft werden die Ergebnisse der Qualitätszirkel nachverfolgt (Monitoring)?</p>
<p><b>Darlegung/Nutzung/Kommunikation:</b> Wie werden die Ergebnisse der Qualitätszirkel im Praxisnetz dargelegt, genutzt und weiter kommuniziert?</p>

**Anlage II7****Gesicherter Übertragungsweg zwischen den Netzärzten**

(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

**Bitte lassen Sie diesen Nachweis von Ihrem IT-Beauftragten ausfüllen.****Bitte beachten Sie: Falls ein Teil der Netzärzte eine eigene Datenanbindungslösung nutzen, ist auch die Anlage II8 auszufüllen.****Prozessbeschreibung „Gesicherter Übertragungsweg zwischen den Netzärzten“****KBV-zertifizierte Lösung:** Die Netzärzte sind über eine KBV-zertifizierte Lösung im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) vernetzt (z. B. KV-SafeNet, KV-IdentPlus).

Wie viele Netzärzte in Prozent sind über KV-SafeNet elektronisch vernetzt? Geben Sie dazu den häufigsten Provider an.

Wie viele Netzärzte in Prozent sind über KV-IdentPlus elektronisch vernetzt?

**Eigene Datenanbindungslösung:** Wie viele Netzärzte in Prozent sind über eine eigene gesicherte Datenanbindungslösung außerhalb des SNK elektronisch vernetzt?**Keine elektr. Kommunikation:** Wie viele Netzärzte in Prozent führen untereinander keine gesicherte elektronische Kommunikation durch und verfügen folglich über keine Anwendungen über eine gesicherte Datenverbindung, bevorzugt im SNK?



Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II8**  
**Übertragungsweg - Weiterführende Angaben bei eigener Datenanbindungslösung**  
**(außerhalb SNK)**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)  
**Bitte lassen Sie diesen Nachweis von Ihrem IT-Beauftragten ausfüllen.**

<b>Prozessbeschreibung „Übertragungsweg - Weiterführende Angaben bei eigener Datenanbindungslösung (außerhalb SNK)“</b>
<b>2-Faktor-Authentifizierungssystem:</b> Wird ein 2-Faktor-Authentifizierungssystem verwendet? Wenn ja, welches (z. B. Security Token o. Ä.)?
<b>Datenübertragung:</b> Zur verschlüsselten Datenübertragung wird eine...
... Hardwarelösung verwendet. Bitte geben Sie die in den Netzpraxen am häufigsten verwendeten Produkte und Hersteller / Provider an.
... Softwarelösung verwendet. Bitte geben Sie die in den Netzpraxen am häufigsten verwendeten Produkte und Hersteller / Provider an.
<b>Vorgaben:</b> Die verwendeten Verschlüsselungsalgorithmen entsprechen den jeweils aktuellen Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (derzeit BSI-TR-03116-1):
Bitte geben Sie an, welche Verschlüsselungsalgorithmen eingesetzt werden.
Bitte geben Sie in Bit an, welche Schlüssellänge beim verwendeten Algorithmus verwendet wird.
Bitte geben Sie das eingesetzte Protokoll der VPN Verbindung an.

Stempel Praxisnetz	
Datum	Unterschrift

**Anlage II9**  
**Sichere Datenübermittlung von Arzt zu Arzt**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)  
**Bitte lassen Sie diesen Nachweis von Ihrem IT-Beauftragten ausfüllen.**

<b>Prozessbeschreibung „Sichere Datenübermittlung von Arzt zu Arzt“</b>
<b>KV-Connect:</b> Wie viele Netzärzte in Prozent nutzen KV-Connect?
<b>Sonstige Anwendung:</b> Wie viele Netzärzte in Prozent nutzen eine sonstige Anwendung (z. B. Comdoxx, Vivien,...)? Bitte nennen Sie die jeweils genutzte Anwendung.

Stempel Praxisnetz

Datum

Unterschrift

### Anlage II10

#### Gemeinsame Dokumentationsstandards

(als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

#### Prozessbeschreibung „Gemeinsame Dokumentationsstandards“

**Anwendung der verwendeten Software:** Erläutern Sie, wie Sie in Ihrem Praxisnetz die verwendete Software fallbezogen für die gemeinsame Dokumentation anwenden.

**Anlage II11**  
**Kooperation mit anderen Leistungserbringern**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 2 „Kooperative Berufsausübung“)

Mind. 3 Schwerpunkte des Netzes (z. B. Pädiatrie...)	Name des Kooperationspartners unter Angabe seiner indikationsbezogenen Qualifikationen bezogen auf die Schwerpunkte des Netzes	Beschreibung der Kooperation

**Anlage II12  
Qualitätsindikatoren**

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

Beschreibung „Qualitätsindikatoren“
<b>Benennung:</b> Welche Qualitätsindikatoren (mind. 2) werden im Praxisnetz genutzt?
<b>Bildung:</b> Wie werden die Qualitätsindikatoren gebildet / berechnet?
<b>Faktoren:</b> Welche Faktoren können das Ergebnis beeinflussen?
<b>Entwicklung:</b> Wie ist der aktuelle IST-Wert im Praxisnetz? Welcher SOLL-Wert - sofern vorhanden - wird angestrebt?
<b>Qualitätsindikatorwert:</b> Soll der Wert des Qualitätsindikators kleiner, größer werden oder konstant bleiben?

**Anlage II13**

**Ziele für besonders vulnerable Patientengruppen**

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

<b>Beschreibung „Ziele für besonders vulnerable Patientengruppen“</b>
<b>Patientengruppen:</b> Nennen Sie bitte mindestens zwei besonders vulnerable Patientengruppen, für die Sie im Praxisnetz Ziele bei der Versorgung definiert haben.
<b>Zielbenennung:</b> Welche Ziele sind das konkret?
<b>Maßnahmen:</b> Mit welchen Maßnahmen werden diese Ziele angestrebt / verfolgt?
<b>Zeitspanne:</b> Bis wann sollen die Ziele umgesetzt werden?

**Anlage II14**  
**Bewertung der Patientenfragebögen**  
 (als Teil des Nachweises zum Versorgungsziel 3 „Verbesserte Effizienz /  
 Prozessoptimierung“)

<b>Prozessbeschreibung „Bewertung der Patientenfragebögen“</b>
<b>Themenbereichen:</b> Zu welchen Themenbereichen haben Sie in den letzten drei Jahren Patientenbefragungen durchgeführt?
<b>Zielgruppe:</b> An wen richtete sich die Patientenbefragung?
<input type="checkbox"/> Alle Patienten <input type="checkbox"/> Bestimmte Patientengruppen
<b>Erkenntnisse:</b> Welche Erkenntnisse hat das Praxisnetz aus den Ergebnissen der Patientenbefragungen gezogen?
<b>Maßnahme:</b> Hat das Praxisnetz daraus Maßnahmen für sich abgeleitet? Wenn ja, welche?
<b>Berücksichtigung der Aspekte:</b> Inwieweit werden folgende Aspekte berücksichtigt und für das Praxisnetz bewertet: Diagnose und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen / Begleiterscheinungen

**Anlage II15**

**Vereinbarung von Zielen zur Wirtschaftlichkeitsverbesserung**

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

**Prozessbeschreibung „Vereinbarung von Zielen zur Wirtschaftlichkeitsverbesserung“**

**Stärkung der Prävention:** Welche spezifischen Ziele hat sich das Praxisnetz zur Stärkung der Prävention gesetzt? Mit welchen konkreten Maßnahmen wird die Zielerreichung angestrebt?

**Überwachung der Arzneimitteltherapie:** Welche spezifischen Ziele hat sich das Praxisnetz zur Überwachung der Arzneimitteltherapie / des Monitorings gesetzt? Mit welchen Maßnahmen wird die Zielerreichung angestrebt?

**Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen:** Welche spezifischen Ziele hat sich das Praxisnetz zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gesetzt? Mit welchen konkreten Maßnahmen wird die Zielerreichung angestrebt?