

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

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Meldestelle „Praxisnetze“  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-584  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

## Antrag auf Anerkennung von Praxisnetzen

gemäß § 87b Abs. 4 SGB V

Praxisnetz-Name	_____									
Antragsteller	_____									
Betriebsstättennummer (BSNR)										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)										
Vertreten durch den Geschäftsführer										
Name, Vorname	_____									
<input type="checkbox"/> Eine entsprechende <b>Vollmachtserklärung</b> von dem Geschäftsführer liegt <b>diesem</b> Antrag auf Anerkennung des Praxisnetzes bei.										
Ärztlicher Leiter/Koordinator	_____									
Datenschutzbeauftragter	_____									
IT-Sicherheitsbeauftragter	_____									
QM-Beauftragter	_____									
Anschrift der Geschäftsstelle:										
Straße/Haus-Nr.	_____									
Telefon (tagsüber)	_____	PLZ	_____							
E-Mail	_____									
Ansprechpartner	_____									

Anerkannte Praxisnetze erhalten eine quartalsweise Förderung zur Aufrechterhaltung der richtlinienkonformen Netzstruktur, Anwerbung neuer Ärzte und Entwicklung von Projektideen. Vom vertretungsberechtigten Geschäftsführer wird um Überweisung auf folgendes Konto gebeten:

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

### Strukturvorgaben gemäß § 3 der KV-Richtlinie

- An dem Praxisnetz sind mindestens 20 sowie maximal 100 vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen beteiligt: \_\_\_\_\_ (Anzahl)

*Nachweis:* Liste der Netzpraxen in elektronischer Form (Excel- Datei) mit folgenden Angaben: Einzelmitglieder, jeweilige Fachgruppe, Praxisanschrift, BSNR, LANR und Beginn der Teilnahme am Praxisnetz.

oder

- An dem Praxisnetz beteiligen sich weniger als 20 bzw. mehr als 100 vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen: \_\_\_\_\_ (Anzahl), aufgrund

- der Größe der Versorgungsregion des Netzwerkes  
 der Bevölkerungsdichte der Versorgungsregion des Netzwerkes

*Nachweis:* Liste der Netzpraxen in elektronischer Form (Excel- Datei) mit folgenden Angaben: Einzelmitglieder, jeweilige Fachgruppe, Praxisanschrift, BSNR, LANR und Beginn der Teilnahme am Praxisnetz.

- Mindestens drei Fachgruppen sind vertreten, darunter folgende Ärzte aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich:

- Allgemeinärzte  
 Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung  
 Praktische Ärzte  
 Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben

- Das Praxisnetz erfasst mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet.

- Die teilnehmenden vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in einer der folgenden Rechtsformen zusammengeschlossen:

- Personengesellschaft  eingetragene Genossenschaft  
 eingetragener Verein  Gesellschaft mit beschränkter Haftung

*Nachweis:* Gesellschaftervertrag bzw. Satzung des Praxisnetzes.

- Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der vg. Vorgaben seit \_\_\_\_\_ Jahren (mindestens drei Jahre).

*Nachweis:* Anzeige gegenüber der Ärztekammer Berlin.

- Das Praxisnetz unterhält mindestens eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele nach § 4 mit einem
  - nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie)
  - stationären Leistungserbringer

*Nachweis: Mindestens eine Kooperationsvereinbarung.*
- In einer für die am Praxisnetz teilnehmenden Arztpraxen verbindlichen Vereinbarung sind gemeinsame Standards festgelegt, insbesondere zu:
  - Unabhängigkeit gegenüber Dritten (z.B. Pharmaindustrie)
  - Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen
  - Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement

*Nachweis: Gesellschaftervertrag bzw. Satzung des Praxisnetzes.*
- Das Praxisnetz hält die folgende Organisationsstruktur vor:
  - eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle
  - einen Geschäftsführer
  - einen ärztlichen Leiter bzw. Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7 (vg. gemeinsame Standards)

*Nachweis: Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen.*

Die folgenden Nachweise sind in einer formlosen Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Voraussetzungen an die Meldestelle zu erbringen.

**Versorgungsziele und Kriterien gemäß § 4 der KV-Richtlinie**

Das Praxisnetz erfüllt die geforderten Versorgungsziele und Kriterien entsprechend der jeweiligen Stufe sowie unter Berücksichtigung der Anlage 1:

- Versorgungsziel „Patientenzentrierung“**  
*Kriterien / Nachweise: Patientensicherheit, Therapiekoordination/Kontinuität der Versorgung, Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung sowie Barrierefreiheit im Praxisnetz*
  - Basis-Stufe                       Stufe 1                       Stufe 2
- Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“**  
*Kriterien / Nachweise: gemeinsame Fallbesprechungen, netzzentrierte Qualitätszirkel, sichere elektronische Kommunikation, gemeinsame Dokumentationsstandards, Wissens- und Informationsmanagement sowie Kooperationen mit anderen Leistungserbringern*
  - Basis-Stufe                       Stufe 1                       Stufe 2
- Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung“**  
*Kriterien / Nachweise: Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene, Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive, Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen im Praxisnetz, Wirtschaftlichkeitsverbesserungen sowie Nutzung von Qualitätsmanagement*
  - Basis-Stufe                       Stufe 1                       Stufe 2

Die Nachweise der Basis-Stufe sind verbindlich; die Nachweise der übrigen Stufen sind beispielhaft aufgeführt. Eine Verpflichtung des Netzes zur Weiterentwicklung zur nächsten Stufe besteht nicht.

## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Das Praxisnetz verpflichtet sich,

- die in der Richtlinie geforderten Strukturvorgaben und Versorgungsziele gemäß §§ 3 und 4 zu erfüllen. Änderungen, die Auswirkung auf den Anerkennungsstatus des Praxisnetzes haben, sind der KV Berlin unverzüglich und unaufgefordert schriftlich mitzuteilen. Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen nach Ablauf von 5 Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut gegenüber der KV Berlin nachzuweisen.
- jährlich Versorgungsberichte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 an die KV Berlin zu übermitteln. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.
- die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus der Richtlinie ergebenden Aufgaben, zu verarbeiten und zu nutzen. Ferner erklärt das Praxisnetz, die in der Richtlinie genannten Daten ausschließlich zu Evaluationszwecken zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Intern erfolgt die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation in pseudonymisierter Form, bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form.

Das anerkannte Praxisnetz ist mit seiner Veröffentlichung auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin einverstanden.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. § 87b SGB V und der Richtlinie der KV Berlin zu Anerkennung von Praxisnetzen. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Anerkennung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und es wird sich zur Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen verpflichtet. Darüber hinaus wird bestätigt, dass jede am Netz beteiligte Praxis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 ausschließlich an dem o. g. Praxisnetz teilnimmt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Ort, Datum

---

Unterschrift vertretungsberechtigter Geschäftsführer des  
Praxisnetzes