

## AMTLICHE BEKANNTMACHUNG

### **Beschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 27.09.2023**

Die Vertreterversammlung der KVBW hat in ihrer Sitzung vom 27.09.2023 den nachfolgenden Beschluss gefasst:

Die angepasste Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Abs. 4 SGB V wird mit Bekanntmachung in Kraft gesetzt (siehe Synopse); gleichzeitig tritt die bisherige Richtlinie vom 27.04.2016 außer Kraft. Die Höhe der Förderung nach § 87 b Abs. 4 SGB V bleibt unverändert.

<b>Bisherige Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab 27.04.2016)</b>	<b>Geänderte Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab Bekanntmachung im Rundschreiben des Quartals 4-2023)</b>
Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen	Versorgungsziele, Kriterien, Qualitätsanforderungen zur Anerkennung von Praxisnetzen
<b>§ 1 Regelungsgegenstand</b> (1) Diese Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen im Bereich der KVBW gemäß § 87b Abs. 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen soziodemographischen Situation. 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 Bestimmungen. Die freie Arzt-Wahl und die freie Wahl anderer Gesundheitsberufe bleiben unberührt.	<b>§ 1 Regelungsgegenstand</b> (1) Diese Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen im Bereich der KVBW gemäß § 87b Abs. 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind Zusammenschlüsse von Vertragsärzten und Vertragsärztinnen verschiedener Fachrichtungen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen zur interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der lokalen soziodemographischen Situation. 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 Bestimmungen. Die freie Arzt-Wahl und die freie Wahl anderer Gesundheitsberufe bleiben unberührt.

## § 2 Anerkennung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg kann besonders förderungswürdige Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V anerkennen. Ein Praxisnetz ist besonders förderungswürdig, wenn die Voraussetzungen der §§ 3 und 4 erfüllt sind.

(2) Das Anerkennungsverfahren wird von der KVBW durchgeführt. Die KVBW richtet eine Meldestelle zur Registrierung und Anerkennung von Ärztenetzen ein. Sie veröffentlicht anerkannte Netze in geeigneter Weise, etwa über ihre Homepage.

(3) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen nach Ablauf von 5 Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut nachzuweisen. Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben, der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (vgl. § 3 Abs. 2). Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bestätigt die Änderungsanzeige innerhalb von 4 Wochen und stellt fest, ob damit der Anerkennungsstatus betroffen ist. Sie schlägt ggf. Maßnahmen vor, die das anzeigende Netz ergreifen kann, um den Anerkennungsstatus zu erhalten. Weist das Praxisnetz auch nach wiederholter Aufforderung die Anforderungen nicht nach, ist die Anerkennung zu widerrufen.

## § 2 Anerkennung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg kann besonders förderungswürdige Praxisnetze gemäß § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V anerkennen. Ein Praxisnetz ist besonders förderungswürdig, wenn die Voraussetzungen der §§ 3 und 4 erfüllt sind.

(2) Das Anerkennungsverfahren wird von der KVBW durchgeführt. Die KVBW richtet eine Meldestelle zur Registrierung und Anerkennung von Ärztenetzen ein. Sie veröffentlicht anerkannte Netze in geeigneter Weise, etwa über ihre Homepage.

(3) Zur Aufrechterhaltung der Anerkennung sind die Anforderungen nach Ablauf von 5 Jahren nach der Anerkennung unaufgefordert erneut nachzuweisen. Die Anerkennung einer höheren Stufe setzt den erneuten Nachweis der Erfüllung der Anforderungen der Vorstufe(n) voraus.

(4) Praxisnetze, die eine Anerkennung erhalten haben, sind verpflichtet, Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus haben, der ~~Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (vgl. § 3 Abs. 2).~~ Meldestelle nach § 2 Abs. 2 mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bestätigt die Änderungsanzeige innerhalb von 4 Wochen und stellt fest, ob damit der Anerkennungsstatus betroffen ist. Sie schlägt ggf. Maßnahmen vor, die das anzeigende Netz ergreifen kann, um den Anerkennungsstatus zu erhalten. ~~Weist das Praxisnetz auch nach wiederholter Aufforderung die Anforderungen nicht nach, ist die Anerkennung zu widerrufen~~ Werden die Voraussetzungen zur Anerkennung innerhalb der gesetzten Frist nicht nachgewiesen, wird die Anerkennung entsprechend angepasst oder entzogen.

### § 3 Strukturvorgaben

(1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:

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

Aus folgenden Gründen kann hiervon abgewichen werden:

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

2. Teilnahme von mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1 Nr. 1., 3., 4. oder 5. SGB V im Praxisnetz vertreten sein müssen.

3. Die Praxisnetze erfassen mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet.

4. Die teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammengeschlossen

5. Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nrn. 1 – 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. Die freie Wahl der Gesundheitsberufe bleibt unberührt.

### § 3 Strukturvorgaben

(1) Das Praxisnetz hat folgende Strukturvorgaben nachzuweisen:

1. Teilnahme von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Zur Zählung werden die Hauptbetriebsstättennummern herangezogen.

Aus folgenden Gründen kann hiervon abgewichen werden:

- Versorgungsradius
- Größe der Versorgungsregion
- Bevölkerungsdichte

2. Teilnahme von mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte/Ärztinnen gemäß § 73 Abs. 1a, Satz 1 Nr. 1., 3., 4. oder 5. SGB V im Praxisnetz vertreten sein müssen.

3. Die Praxisnetze erfassen mit den Betriebsstätten der teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet.

4. Die teilnehmenden vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammengeschlossen

5. Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nrn. 1 – 4 seit mindestens drei-zwei Jahren.

6. Das Praxisnetz unterhält eine verbindliche Kooperationsvereinbarung(en) - unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gemäß § 4 – und mit Bezug auf das Gebiet nach Nr. 3 mit mindestens jeweils einem Partner aus den nachfolgenden Bereichen: mit mindestens einem nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Krankenpflege, Physiotherapie) oder einem stationären Leistungserbringer.

- einem Leistungserbringer zur Erbringung häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und / oder häuslicher Pflege gemäß § 36 SGB XI oder einer Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI

- einem Heilmittelerbringer zur Versorgung gemäß § 32 SGB V oder mit weiteren Leistungserbringern, bzw. Einrichtungen, z.B. zur Versorgung mit Leistungen nach § 24c SGB V, § 37b SGBV, § 39a SGB V oder nach § 40 SGB V

- einem gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, bzw. einem entsprechenden Leistungserbringer, ersatzweise einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 SGB V

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

(2) Die Nachweise erfolgen

- durch Vorlage des Gesellschaftsvertrages,
- bei Abs. 1 Nr. 5 durch die Vorlage der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer oder vergleichbarer Nachweise,
- entsprechender Kooperationsvereinbarungen gemäß Abs. 1 Nr. 6 und
- bei Abs. 1 Nr. 8 durch Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen.

Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß Abs. 1 sind der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich anzuzeigen.

Von den genannten Kooperationsvereinbarungen sind mindestens zwei für die Anerkennung zur Basisstufe, mindestens drei Kooperationsvereinbarungen für die Anerkennungsstufe I nachzuweisen.

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

a) eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle des Netzes („Netzbüro“) mit definierten Geschäftszeiten, benannten Ansprechpersonen und Kontaktmöglichkeiten

b) einen Geschäftsführer

c) einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7

Die Funktionen gemäß b) und c) werden nicht in Personalunion ausgeübt.

(2) Die Nachweise erfolgen

- durch Vorlage des Gesellschaftsvertrages,
- bei Abs. 1 Nr. 5 durch die Vorlage der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer oder vergleichbarer Nachweise,
- entsprechender Kooperationsvereinbarungen gemäß Abs. 1 Nr. 6 und
- bei Abs. 1 Nr. 8 durch Protokolle von Gesellschafter- und Beiratssitzungen.

Änderungen im Hinblick auf die Strukturvoraussetzungen gemäß Abs. 1 sind der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unverzüglich anzuzeigen.

(3) Das Praxisnetz veröffentlicht die wesentlichen Informationen zum Praxisnetz, insbesondere Anschrift, Telefon, E-Mail, Geschäftsführung, Geschäftszeiten, Netzbüro, Ansprechpersonen, Kontaktmöglichkeiten, Erreichbarkeit, Netzpraxen, Praxisnetzbericht nach Anlage 1 auf einer Website.

(4) Im Falle einer Anerkennung und für den Zeitraum der Anerkennung kann die Geschäftsstelle des Praxisnetzes eine SMC-BORG für den Zugang zur Telematikinfrastruktur bei der Gematik beantragen

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

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

Kriterien:

- a) Patientensicherheit
- b) Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung
- c) Befähigung / Information
- d) Barrierefreiheit im Praxisnetz

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

Kriterien:

- 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

Kriterien:

- a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene
- b) Nutzung (oder Einbeziehung) Patientensperspektive
- 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 verbindlich. Alle anderen Nachweise sind beispielhaft aufgeführt, die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.

§ 4 Versorgungsziele und Kriterien  
(1) Für die Anerkennung von Praxisnetzen gelten nachfolgende Versorgungsziele und Kriterien, die sich auf im Praxisnetz abgestimmte Maßnahmen und Routinen beziehen und denen jeweils der Netzgedanke einer intensivierten fachlichen und organisatorischen Zusammenarbeit zugrunde liegt:

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

Kriterien:

- a) Patientensicherheit
- b) Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung
- c) Befähigung / Information
- d) Barrierefreiheit im Praxisnetz
- e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement
- f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen

2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung

Kriterien:

- a) Gemeinsame Fallbesprechungen
- b) Netzzentrierte Qualitätszirkel
- c) Sichere elektronische Kommunikation
- d) Gemeinsame Dokumentationsstandards
- e) Wissens- und Informationsmanagement
- f) Interprofessioneller Austausch / Fortbildung mit Kooperationspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6
- f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern

3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz / Prozessoptimierung

Kriterien:

- a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Praxisnetzebene
- b) Nutzung (oder Einbeziehung) Berücksichtigung der Patientensperspektive
- 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 verbindlich. Alle anderen Nachweise sind beispielhaft aufgeführt, die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.~~

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

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

§ 5 Weitere Versorgungsstrukturen und Strukturmaßnahmen auf Netzebene

(1) Zur weiteren Etablierung kooperativer, wohnortnaher Versorgung können lokale/regionale Kooperationen, z.B. mit Kommunen, Kreisen oder mit institutionellen Akteuren aus den Bereichen Gesundheitsförderung und -prävention, eingegangen werden.

(2) Zur langfristigen Sicherung kooperativer Berufsausübung wird die frühzeitige Vermittlung im Rahmen von Aus- und Weiterbildung in Praxisnetzen angestrebt. Geeignete Maßnahmen, die auf Praxisnetzebene entwickelt werden können, sind insbesondere:

- Netzinterne Information zur Erlangung von Weiterbildungsbefugnissen und zur lehrärztlichen Tätigkeit an medizinischen Fakultäten

- Qualitätszirkel zur ärztlichen sowie zur interprofessionellen Aus- und Weiterbildung

- Angebot von sogenannten Train-the-Trainer-Fortbildungen für interessierte Weiterbilder und Weiterbilderinnen

- Einrichtung von ärztlichen Weiterbildungsstellen im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und Plätze für das Praktische Jahr im Rahmen der ärztlichen Ausbildung

- Kooperation mit regionalen Weiterbildungsverbänden

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt Aktivitäten der Praxisnetze durch Vermittlung geeigneter Ansprechpersonen, z.B. bei Ärztekammern und medizinischen Fakultäten.

(4) Die Aktivitäten und Maßnahmen gemäß der Absätze 2 und 3 werden in die jährlichen Versorgungsberichte gemäß § 6 aufgenommen.

<p>§ 5 Versorgungsberichte</p> <p>(1). Für anerkannte Praxisnetzte vergibt die KVBW eine Praxisnetznummer (PNR).</p> <p>(2) Die Praxisnetze übermitteln der KVBW jährlich Versorgungsberichte gemäß Anlage 1, II. Basis-Stufe. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt den Netzen jeweils spezifische Strukturdaten gem. Anlage 2 Nr. 1-8, sofern das Netz nicht selbst über diese Daten verfügt und der KVBW zur Verfügung stellen kann.</p> <p>(3) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die aggregierten Übersichten zu den Versorgungsberichten gemäß Abs. 2 zur Fortentwicklung der Rahmenvorgaben. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.</p>	<p>§ <del>5</del><sup>56</sup> Versorgungsberichte</p> <p>(1) Für anerkannte Praxisnetzte vergibt die KVBW eine Praxisnetznummer (PNR).</p> <p>(2) Die Praxisnetze übermitteln der KVBW jährlich Versorgungsberichte gemäß Anlage 1, <del>II. Basis-Stufe</del> <u>zum geforderten Zeitpunkt</u>. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt den Netzen jeweils spezifische Strukturdaten gem. Anlage 2 <del>Nr. 1-8</del> <u>Abs. 3</u>, sofern das Netz nicht selbst über diese Daten verfügt und der KVBW zur Verfügung stellen kann.</p> <p><u>(3) Die Praxisnetze stellen der KVBW nach Absprache redaktionelle Berichte über ihre Netzaktivität zu ausgesuchten Fragestellungen zur Verfügung. Diese können in geeigneten Medien (z.B. ergo, Netzbericht der KBV) veröffentlicht werden.</u></p> <p><del>(3)</del> Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung <del>die aggregierten Übersichten zu den Versorgungsberichten gemäß Abs. 2 zur Fortentwicklung der Rahmenvorgaben.</del> <u>Daten gemäß Anlage 2 Abs. 4 zum Zwecke des jährlichen Strukturmonitorings. Die Übermittlung erfolgt gemäß Anlage 2.</u></p>
--	--



§ 6 Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt zum 27.04.2016 in Kraft.

§ ~~6~~7 Inkrafttreten

~~Die Richtlinie tritt zum 27.04.2016 in Kraft~~  
Die Richtlinie tritt mit Veröffentlichung im Rundschreiben der KVBW in Kraft; gleichzeitig tritt die Richtlinie vom 27.04.2016 außer Kraft. Der Nachweis über die Anpassung an die neue Richtlinie erfolgt bei bereits anerkannten Netzen mit der nächsten Zertifizierung

**Anlage 1 zur Richtlinie der KVBW zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V**

<p><b>Bisherige Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab 27.04.2016)</b></p>	<p><b>Geänderte Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab Bekanntmachung im Rundschreiben des Quartals 4-2023)</b></p>
<p><b>I. Stufenkatalog</b> Die Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V definiert Versorgungsziele und ebenfalls Kriterien, die die Erreichung dieser Ziele abbilden. Die Erfüllung dieser Kriterien kann stufenweise nachgewiesen werden. Die Nachweise der Basis-Stufe sind verbindlich, die Nachweise der übrigen Stufen sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.</p>	<p><del><b>I. Stufenkatalog</b></del> Die Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V definiert Versorgungsziele und <del>ebenfalls</del>-Kriterien <u>in Form eines Stufenkatalogs.</u>, <del>die der</del> die Erreichung dieser Ziele abbilden<u>nt.</u> <del>Die Erfüllung dieser Kriterien kann stufenweise nachgewiesen werden. Die Nachweise der Basis-Stufe sind verbindlich, die Nachweise der übrigen Stufen sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.</del> <u>Die zu den jeweiligen Kriterien genannten Nachweise beziehen sich sämtlich auf die Ebene des Praxisnetzes. „Netzstandard“ im Sinne dieser Rahmenvorgabe umfasst neben der Beschreibung ebenfalls deren regelmäßige, netzweite Abstimmung und Aktualisierung in den jeweils genannten Handlungsfeldern.</u></p>

## 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.
- 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:

Nachweis Netzstandard für geregelten Zugriff auf Patienteninformationen:

Innerhalb des Netzes werden in den Praxen krankheitsspezifische Informationsmaterialien (KBV-Patienteninformationen, IQWiG, UPD) und Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen vorgehalten

#### d) Kriterium Barrierefreiheit im Netz: kein Nachweis

## II. Basis-Stufe

### 1. Versorgungsziel Patientenzentrierung

#### a) ~~Kriterium~~ Patientensicherheit

Nachweis Medikationscheck: Nachzuweisen ist ein im Netz abgestimmtes, verbindliches Vorgehen für definierte Patientengruppen, z.B. mindestens im Bereich Polymedikation. Nachweis Internes Netzinternes Fehlermanagement: Berichtssystem und ggf. Checklisten/ Prozessroutinen, z.B. Teilnahme an einem CIRIS

#### b) ~~Kriterium~~ Therapiekoordination / ~~Kontinuität der Versorgung~~ Fallmanagement

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.

(1) Netzstandard zur Therapiekoordination für vulnerable Patientengruppen für die Versorgung innerhalb und außerhalb des Netzes (in der Regel in Verbindung mit der regionalen Versorgungssituation gemäß Nr. 1f). Es sind Zielvorgaben für die Terminvermittlung im Netz sowie zu Kooperationspartnern beschrieben

#### c) ~~Kriterium~~ Befähigung/~~Informierte Entscheidungsfindung~~ Information:

Nachweis Netzstandard für geregelten Zugriff auf Patienteninformationen:

Innerhalb des Netzes werden in den Praxen krankheitsspezifische Informationsmaterialien (KBV-Patienteninformationen, IQWiG, UPD) und Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen vorgehalten

(1) Netzstandards zum Angebot von Patienteninformationen: Innerhalb des Netzes werden krankheitsspezifische Informationsmaterialien vorgehalten. Hierzu greift das Netz auf vorhandene, qualitätsgeprüfte Informationsquellen zu (z.B. KBV-Patienteninformationen, ÄZQ, IQWiG, UPD).

(2) Nachweis eines Informationsangebotes zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung und Patientenverbänden sowie psychosozialen Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informationsmaterialien und Adressen vorgehalten und regelmäßig aktualisiert.

#### d) ~~Kriterium~~ Barrierefreiheit im Netz: ~~kein Nachweis~~

(1) Es liegt eine Bestandsaufnahme der barrierefreien Praxen vor. Diese sind durch das

	<p><u>Netz benannt und die jeweils konkreten Bedingungen/Maßnahmen aufgeführt im Hinblick auf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <u>Raumgestaltung (zum Beispiel Aufzug mit Tonansage, Breite der Türen, Parkmöglichkeiten),</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Kommunikation (z.B. leichte Sprache) und</u></li> <li><input type="checkbox"/> <u>Patienteninformation (Inhalt und niederschwelliger Zugang zur Information).</u></li> </ul> <p><u>(2) Handlungsabläufe zur Identifikation und Umsetzung weiterer Maßnahmen sind benannt.</u></p>
	<p><u>e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</u></p> <p><u>(1) Benennung eines Netz-Patientenbeauftragten und Beschreibung der Zuständigkeiten und Themen</u></p> <p><u>(2) Nachweis über eine geeignete Bekanntmachung/Information, dass der/die Patientenbeauftragte Ansprechperson für Patientenangelegenheiten, insbesondere Anliegen aus den Nrn. a) bis d), ist.</u></p> <p><u>(3) Es werden regelmäßige Analysen der tatsächlichen Wartezeiten (in den Praxen) durchgeführt, dokumentiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen entwickelt.</u></p> <p><u>f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</u></p> <p><u>(1) Beschreibung der das Netz betreffenden regionalen Versorgungsanforderungen nach den formalen Vorgaben der jeweiligen KV, z.B. sozio-demographischer Kontext sowie besondere Versorgungsbereiche.</u></p>
<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) Kriterium Gemeinsame Fallbesprechungen Nachgewiesen werden sollen regelmäßige Fallbesprechungen (z.B. Abstimmung Therapie, aufgetretene Komplikationen) mittels der Protokolle der durchgeführten Besprechungen. Erhoben wird die Gesamtanzahl pro Netz.</p> <p>b) Kriterium Netzzentrierte Qualitätszirkel Die Netzstandards entsprechen der QS-Richtlinie. Nachweise können Protokolle von Qualitätszirkeln sein, die den KV-Standards entsprechen.</p>	<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) <del>Kriterium</del>-Gemeinsame Fallbesprechungen Nachgewiesen werden <del>sollen</del>-regelmäßige <u>ärztliche oder interprofessionelle</u> Fallbesprechungen (z.B. Abstimmung Therapie, aufgetretene Komplikationen) mittels der Protokolle der durchgeführten Besprechungen, <u>welche mindestens Datum, Teilnehmende, Besprechungsthema und das Ergebnis dokumentieren.</u> <del>Erhoben wird die Gesamtanzahl pro Netz.</del></p> <p>b) <del>Kriterium</del>-Netzzentrierte Qualitätszirkel <del>Die Netzstandards entsprechen der QS-Richtlinie. Nachweise können Protokolle von Qualitätszirkeln</del></p> <p><u>(1) Die Netzstandards zu Qualitätszirkeln sind beschrieben: z.B. Jahresplanung zu Themen und Teilnehmenden.</u></p> <p><u>(2) Mindestens zwei Qualitätszirkel pro Jahr orientieren sich an den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV nach</u></p>

c) Kriterium Sichere elektronische Kommunikation

Nachweis Verbindliche Absprachen zur Kommunikation und Nutzung:

- Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z. B. zur E-Mail-Erreichbarkeit, sowie zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für Patientendaten.
- Die IT-Infrastruktur des Arztnetzes ermöglicht allen teilnehmenden Ärzten Zugang zu einem geschützten, vom Internet getrennten Netzwerk nur für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und medizinische Institute/Einrichtungen. Die Online-Abrechnung der teilnehmenden Ärzte muss über einen durch die KBV zertifizierten Provider erfolgen.
- Benennung eines Datenschutzbeauftragten gemäß § 4f Bundesdatenschutzgesetz
- 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)
- intranet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen

f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern: kein Nachweis

§ 75 Abs.7 SGB V. Die Protokolle der Qualitätszirkel dienen als Nachweise.

c) ~~Kriterium~~-Sichere (elektronische) Kommunikation

~~Nachweis Verbindliche Absprachen zur Kommunikation und Nutzung:~~

~~-Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, z. B. zur E-Mail-Erreichbarkeit, sowie zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für Patientendaten-~~

~~-Die IT-Infrastruktur des Arztnetzes ermöglicht allen teilnehmenden Ärzten Zugang zu einem geschützten, vom Internet getrennten Netzwerk nur für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und medizinische Institute/Einrichtungen. Die Online-Abrechnung der teilnehmenden Ärzte muss über einen durch die KBV zertifizierten Provider erfolgen-~~

(1) Definition von Standards zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netz, insbesondere zur Übermittlung bzw. Nutzung von Patientendaten

(2) Benennung eines Datenschutzbeauftragten gemäß § 4f Bundesdatenschutzgesetz für das Netz

(3) Benennung eines ~~I~~nformations-Sicherheitsbeauftragten für das Netz

d) ~~Kriterium~~-Gemeinsame Dokumentationsstandards: ~~kein Nachweis~~

(1) Nachweis netzinterner Standards und Regelungen zur einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation sowie zur Dokumentation von Fallbesprechungen gemäß Nr. 2 a) und interprofessionellen Fortbildungen gemäß Nr. 2 f)

~~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)~~

~~-intranet-basierter Zugriff auf Leitlinien und andere Informationsquellen~~

~~f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern: kein Nachweis~~

	<p><u>e) Wissens- und Informationsmanagement</u>  <u>(1) Digitale Verfügbarkeit von Therapie-</u>  <u>standards (insbesondere Leitlinien, netzadap-</u>  <u>tierte Behandlungspfade) und Fortbildungen</u>  <u>gemäß Nr.2 f) des Netzes</u></p> <p><u>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Koopera-</u>  <u>tionspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6</u>  <u>(1) Nachgewiesen wird jährlich mindes-</u>  <u>tens eine Fortbildung gemäß Kategorie C ge-</u>  <u>mäß § 6 der (Muster-) Fortbildungsordnung</u>  <u>der Bundesärztekammer zu ausgewählten</u>  <u>Versorgungs-bereichen mit Netzmitgliedern</u>  <u>und Kooperationspartnern. Dokumentiert wer-</u>  <u>den mindestens Datum, Dauer, Teilneh-</u>  <u>rende, Veranstaltungsformat, Thema. Die</u>  <u>Fortbildung soll von der zuständigen Landes-</u>  <u>ärztekammer anerkannt sein.</u></p>
<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Patienten mit Medikationscheck,</li> <li>• Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz (Anzahl der durchgeführten zertifizierten Qualitätszirkel / Fallkonferenzen, Indikationsbezug)</li> <li>• Anzahl der Fallbesprechungen</li> <li>• Anzahl der in Behandlungsprogramme gemäß § 137f SGB V eingeschriebene Patienten,</li> <li>• Durchschnittliche Wartezeiten im Netz auf Haus- und auf Facharzt-Termine</li> </ul> <p>Der Nachweis erfolgt gesamt mit einem jährlichen Netzbericht an die KVBW in elektronischem Format.</p> <p>b) Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive kein Nachweis</p>	<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz</p> <p>a) <del>Kriterium</del>-Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene <del>Nachzuweisen sind die netzinterne schriftliche Abstimmung und Veröffentlichung ausgewählter Daten bezogen auf die Anerkennungskriterien, mindestens sollen die Nachweise der Basisstufe dargelegt werden:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>–Anzahl Patienten mit Medikationscheck,</del></li> <li><del>–Angaben zur gemeinsamen Fortbildung/Angebote im Netz (Anzahl der durchgeführten zertifizierten Qualitätszirkel / Fallkonferenzen, Indikationsbezug)</del></li> <li><del>–Anzahl der Fallbesprechungen</del></li> <li><del>–Anzahl der in Behandlungsprogramme gemäß § 137f SGB V eingeschriebene Patienten,</del></li> <li><del>–Durchschnittliche Wartezeiten im Netz auf Haus- und auf Facharzt-Termine</del></li> </ul> <p><del>Der Nachweis erfolgt gesamt mit einem jährlichen Netzbericht an die KVBW in elektronischem Format.</del></p> <p><u>(1) Nachweis durch einen jährlichen Netz-</u>  <u>bericht im elektronischen Format an die Kas-</u>  <u>senärztliche Vereinigung, der die Strukturan-</u>  <u>forderungen und die Umsetzung der Versor-</u>  <u>gungsziele anhand der Nachweise gemäß An-</u>  <u>lage 2 der Richtlinie dokumentiert.</u></p> <p>b) <u>Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung)-</u>  <u>Berücksichtigung der</u> Patientenperspektive <u>kein</u>  <u>Nachweis</u></p> <p><u>(1) Nachweis zum Beschwerdemanage-</u>  <u>ment und zum Verfahren mit Patientenrück-</u>  <u>meldungen:</u>  <u>Erfassung der relevanten Handlungsabläufe</u>  <u>innerhalb des Netzes sowie gegenüber Ko-</u>  <u>operationspartnern und Patienten: z.B. Rege-</u>  <u>lungen zu Patientenrückmeldungen, die</u></p>

<p>c) Kriterium Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz Nachgewiesen werden sollen geregelte Behandlungsprozesse im Netz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbindliche interne Regelung zur interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit für ausgewählte Versorgungsbereiche</li> <li>• Arzneimittel-Verordnungsgrundsätze: Netzkonsens (Musterverfahren) zur Arzneimittelverordnung und Arzneimittel-Therapiesicherheit ggf. auch zu anderen Verordnungen</li> </ul> <p>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen kein Nachweis</p> <p>e) Nutzung von Qualitätsmanagement kein Nachweis</p> <p>Die Nachweise können auf der Basis entsprechender Regelungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 7 der Richtlinie in Form eines Versorgungsberichtes gemäß § 5 Abs. 2 der Richtlinie erbracht werden.</p>	<p><u>festlegen, auf welchen Wegen durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegengenommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll sowie zur Einbeziehung des Patientenbeauftragten gemäß Basisstufe Nr.1 e</u></p> <p>c) <del>Kriterium</del>-Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz <del>Nachgewiesen werden sollen geregelte Behandlungsprozesse im Netz:</del> <del>– verbindliche interne Regelung zur interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit für ausgewählte Versorgungsbereiche</del> <del>– Arzneimittel-Verordnungsgrundsätze: Netzkonsens (Musterverfahren) zur Arzneimittelverordnung und Arzneimittel-Therapiesicherheit ggf. auch zu anderen Verordnungen</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen</u></p> <p>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen</u></p> <p>e) Nutzung von Qualitätsmanagement <del>kein Nachweis</del> <u>(1) Maßnahmenplan inklusive Zuständigkeiten zur Einführung eines QM-Systems für das Netzmanagement und die Netzstruktur liegen vor</u> <del>Die Nachweise können auf der Basis entsprechender Regelungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 7 der Richtlinie in Form eines Versorgungsberichtes gemäß § 5 Abs. 2 der Richtlinie erbracht werden.</del></p>
<p>III. Stufe I Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.</p>	<p><del>III. Stufe I Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.</del></p>
<p>1. Versorgungsziel Patientenzentrierung a) Kriterium Patientensicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis Medikationspläne: Netziintern 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.</li> </ul>	<p>1. Versorgungsziel Patientenzentrierung a) <del>Kriterium</del>-Patientensicherheit <del>-Nachweis Medikationspläne: Netziintern 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.</del> <u>(1) Nachweis eines Konzeptes zum rationalen Einsatz von Antibiotika</u> <u>(2) Nachweis netziinterner Absprachen zur Verwendung des bundeseinheitlichen Medikationsplans nach § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V,</u></p>

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 (KBV-Patienteninformationen, IQWiG, UPD).
- Nachweis zu Schulungsangeboten für Patienten und/ oder Angehörige bei mindestens 2 medizinischen Indikationen, z.B. Asthma, Rheuma, oder Angehörigen-schulungen zu Demenz-Erkrankungen.
- Nachweis zu einem Informationsangebot zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie

z.B. zur Aufklärung/Kommunikation in Form von Erläuterungen in leicht verständlicher Sprache oder zum Verfahren bei Verordnungen von mehreren Ärzten/Ärztinnen durch Benennung der verordnenden Praxis, bzw. des Arztes / der Ärztin

~~b) Kriterium Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung~~Fallmanagement

~~-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.~~

(1) Nachweis der Therapiekoordination für Netzpatienten im Sinne einer individuellen, fallbezogenen Organisation der Versorgung durch interne und externe Kommunikation und Kooperation. Nachgewiesen wird diese Koordination z.B. durch netzspezifische Ablaufprotokolle, Pfade oder Standards, die sich auf den Umgang und die Weitergabe von sowie den Zugang zu patientenbezogenen Informationen beziehen und verbindliche Kooperationsregeln mit weiteren Leistungserbringern beschreiben.

(2) Netzstandards zur Versorgung in der Häuslichkeit, z.B. in Form einer interprofessionellen Checkliste für Netzmitglieder wie Kooperationspartner

~~-(3) Nachweis einer Netzcheckliste zur Überleitungsmanagement innerhalb und außerhalb des Netzes~~

~~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 (KBV-Patienteninformationen, IQWiG, UPD).~~

~~-Nachweis zu Schulungsangeboten für Patienten und/ oder Angehörige bei mindestens 2 medizinischen Indikationen, z.B. Asthma, Rheuma, oder Angehörigen-schulungen zu Demenz-Erkrankungen.~~

~~-Nachweis zu einem Informationsangebot zu Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen und Patientenverbänden sowie psychosozialen~~



<p>psychosozialen Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informations-materialien und Adresse vorgehalten und regelmäßig aktualisiert.</p> <p>d) Kriterium Barrierefreiheit im Netz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nachweis zu netzbezogenen Zielprozessen zur Umsetzung von Barrierefreiheit im Praxisnetz (Priorisierung möglich). Barrierefreiheit bezieht sich auf die räumliche Umgebung, auf die Kommunikation und die Patienten-Informationen.</li> </ul>	<p><del>Beratungseinrichtungen; hierzu werden Informations-materialien und Adresse vorgehalten und regelmäßig aktualisiert</del></p> <p><del>(1) Förderung der Gesundheitskompetenz durch Nachweis zu Schulungsangeboten (ggf. auch durch Kooperationspartner) für Patienten und/oder Angehörige zu mindestens zwei medizinischen Indikationen, z.B. Asthma, Rheuma oder Angehörigenschulungen zu Demenz-Erkrankungen.</del></p> <p>d) <del>Kriterium</del>-Barrierefreiheit im Netz</p> <p><del>(1)-Nachweis <u>zueines</u> netzbezogenen <u>Zielprozessen-Maßnahmenplans</u> zur <u>weiteren</u> Umsetzung von Barrierefreiheit im Praxisnetz (Priorisierung möglich) <u>innerhalb des Anerkennungszeitraums</u>. Barrierefreiheit bezieht sich <u>im Wesentlichen</u> auf die <u>räumliche UmgebungRaumgestaltung</u>, auf die Kommunikation und die Patienten-Informationen.</del></p>
	<p>e) <u>Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</u></p> <p><u>(1) Bericht des Netz-Patientenbeauftragten i.V.m. Basisstufe, Nr.1 e zur Analyse der Wartezeiten und weiteren Themen, die sich aus Patientenrückmeldungen ergeben.</u></p> <p>f) <u>spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</u></p> <p><u>(1) Identifizierung zentraler Handlungsfelder des Netzes mit einer konkreten Zeit- und Maßnahmenplanung in Abstimmung mit der KV.</u></p>
<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) Kriterium Gemeinsame Fallbesprechungen: Keine Vorgabe für Nachweise</p> <p>b) Kriterium Netzzentrierte Qualitätszirkel: Keine Vorgabe für Nachweise</p> <p>c) Kriterium Sichere elektronische Kommunikation: Keine Vorgabe für Nachweise</p> <p>d) Kriterium Gemeinsame Dokumentationsstandards</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Netzstandards zur Patientendokumentation, z.B. mit einer Verfahrensanweisung für einen Netzstandard der Dokumentation (ggf. für ausgewählte Versorgungsbereiche)</li> </ul> <p>e) Wissens- und Informationsmanagement keine Vorgabe für Nachweise</p>	<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) <del>Kriterium</del>-Gemeinsame Fallbesprechungen: <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen</u></p> <p>b) <del>Kriterium</del>-Netzzentrierte Qualitätszirkel: <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen</u></p> <p>c) <del>Kriterium</del> Sichere elektronische Kommunikation: <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>(1) Netzstandard zu Telekonsilen nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte mittels eines nach BMV-Ä zertifizierten Anbieters</u></p> <p>d) <del>Kriterium</del> Gemeinsame Dokumentationsstandards <del>-Netzstandards zur Patientendokumentation, z.B. mit einer Verfahrensanweisung für einen Netzstandard der Dokumentation (ggf. für ausgewählte Versorgungsbereiche)</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen.</u></p> <p>e) Wissens- und Informationsmanagement <del>keine Vorgabe für Nachweise</del></p>

<p>f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern Nachweis von Kooperationsvereinbarungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsverbundanlage: über die interdisziplinäre ärztliche Kooperation hinaus werden interprofessionelle und / oder intersektorale Kooperation unterhalten;</li> <li>• Überleitungsmanagement: z.B. Nachweis von Kooperationen mit Krankenhäusern / stationären Einrichtungen</li> </ul>	<p><u>(1) Netzadaptierte Behandlungspfade für mindestens zwei ausgewählte Indikationen (Patientengruppen)</u> <del>f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern</del> <del>Nachweis von Kooperationsvereinbarungen:</del> <del>-Gesundheitsverbundanlage: über die interdisziplinäre ärztliche Kooperation hinaus werden interprofessionelle und / oder intersektorale Kooperation unterhalten;</del> <del>-Überleitungsmanagement: z.B. Nachweis von Kooperationen mit Krankenhäusern / stationären Einrichtungen</del> <u>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartner gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6</u> <u>(1) Nachweis eines jährlichen Kooperationspartnermeetings zur Prozessoptimierung der koordinierten und kooperativen Patientenversorgung mittels Protokoll (Mindestangaben: Datum, Ort, Teilnehmer, Tagesordnung/Veranstaltungsprogramm)</u></p>
<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz a) Kriterium Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene: keine Vorgabe für Nachweise b) Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis zum Beschwerdemanagement: Netzzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegen genommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll.</li> </ul> <p>c) Kriterium Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz: Keine Vorgabe für Nachweise d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• netzeinheitliche Regelungen / Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen</li> <li>• Fallsteuerung: Benennung eines Koordinators bei der Versorgung multimorbider Patienten,</li> <li>• Abstimmung /Kontrolle aller Verordnungen, Monitoring KH - Aufenthalte</li> <li>• Dokumentation und Auswertung der KH-Einweisungen</li> </ul> <p>e) Nutzung von Qualitätsmanagement Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Netz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung über die QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz</li> </ul>	<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz a) <del>Kriterium</del> Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene: <del>keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>(1) Nachweis durch einen jährlichen Netzbericht im elektronischen Format an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele anhand der Nachweise gemäß Anlage 2 der Richtlinie dokumentiert.</u> b) <del>Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung)</del><u>Be-</u> <u>rücksichtigung</u> Patientenperspektive <del>-Nachweis zum Beschwerdemanagement: Netzzintern abgestimmte, schriftliche Regelungen zu Patientenrückmeldungen, die festlegen, auf welchen Wegen durch wen in den Praxen Beschwerden und Vorschläge entgegen genommen werden und wie die Bearbeitung erfolgen soll.</del> <u>(1) Netzstandards zur Auswertung der Patienten-Rückmeldungen sowie zur Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen.</u> c) <del>Kriterium</del> Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz: <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>(1) Netzstandards zu Behandlungsprozessen und/oder -pfaden zu häufigen oder ausgewählten Indikationen, insbesondere in Bezug auf die netzspezifische Versorgung gemäß Nr. 1f</u> <del>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen</del> <del>Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisungen, z.B.:</del></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Netz</li> <li>• Qualitätsziele / kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen</li> </ul>	<p><del>-netzeinheitliche Regelungen / Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen</del></p> <p><del>-Fallsteuerung: Benennung eines Koordinators bei der Versorgung multimorbider Patienten;</del></p> <p><del>-Abstimmung /Kontrolle aller Verordnungen, Monitoring KH – Aufenthalte</del></p> <p><del>-Dokumentation und Auswertung der KH-Einweisungen</del></p> <p><u>(1) Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen, z.B. Verfahren bei Wiederholungsverschreibungen, zur Auswertung der Krankenhaus-Einweisungen oder zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und hier z.B. für die drei häufigsten Doppeluntersuchungen innerhalb des Netzes.</u></p> <p>e) <del>Nutzung von</del> Qualitätsmanagement Nachweis über ein eingeführtes QM-System im Netz: <u>zu Netzmanagement und Netzstruktur:</u></p> <p><del>-Abstimmung über die QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz</del></p> <p><u>1. Beschreibung der abgestimmten QM-Grundsätze und QM-Instrumente im Netz</u></p> <p><u>2. Benennung eines QM-verantwortlichen Arztes und nicht-ärztlichen Mitarbeiters für das Netz</u></p> <p><u>3. Qualitätsziele / Maßnahmenpläne für</u> kontinuierliche Verbesserungsmaßnahmen</p>
--	---

<p>IV. Stufe II</p> <p>Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen.</p>	<p><del>IV. Stufe II</del></p> <p><del>Die genannten Nachweise sind beispielhaft aufgeführt. Die KVBW kann andere gleichwertige Nachweise anerkennen</del></p>
<p>1. Versorgungsziel Patientenzentrierung</p> <p>a) Kriterium Patientensicherheit</p> <p>Das Praxisnetz arbeitet zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoringfunktionen unterstützen (Zielprozess).</p> <p>b) Kriterium Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung</p> <p>Standard zur Terminkoordination im Netz auf kollegialer, ggf. professioneller Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame, fallbezogene Datenbasis</li> <li>vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes</li> </ul> <p>c) Kriterium Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung</p> <p>Nachweise zu netzspezifischen Zielprozessen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schulungsangebot für Patienten und pflegende Angehörige: Hierzu werden netzeigene themenspezifische Beratungsangebote oder Schulungen erarbeitet, dokumentiert und durchgeführt.</li> <li>Selbsthilfebeauftragte/r: Im Netz wird eine verantwortliche Person benannt, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert.</li> </ul> <p>d) Kriterium Barrierefreiheit im Netz</p> <p>Netzspezifischer Zielprozess für den Anteil barrierefreier Praxen</p>	<p><del>1. Versorgungsziel Patientenzentrierung</del></p> <p><del>a) Kriterium Patientensicherheit</del></p> <p><del>Das Praxisnetz arbeitet zur Vermeidung von Medikationsfehlern mit Praxisverwaltungssystemen, die die Erstellung von Medikationsplänen, das Medikationsmanagement und Monitoringfunktionen unterstützen (Zielprozess).</del></p> <p><del>(1) Netzstandard zu Arzneimitteltherapie-Sicherheit (AMTS) vorhanden</del></p> <p><del>(2) Netzstandard zum Medikationscheck für definierte (multimorbide) Patientengruppen</del></p> <p><del>b) Kriterium Therapiekoordination / Kontinuität der Versorgung Fallmanagement</del></p> <p><del>Standard zur Terminkoordination im Netz auf kollegialer, ggf. professioneller Ebene</del></p> <p><del>-elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame, fallbezogene Datenbasis</del></p> <p><del>-vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern und weiteren Fachärzten außerhalb des Netzes</del></p> <p><del>(1) Netzstandard zur Nutzung einer fallbezogenen, gemeinsamen Datenbasis (elektronische Fallakte)</del></p> <p><del>c) Kriterium Befähigung/Informierte Entscheidungsfindung Information</del></p> <p><del>Nachweise zu netzspezifischen Zielprozessen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B.:</del></p> <p><del>-Schulungsangebot für Patienten und pflegende Angehörige: Hierzu werden netzeigene themenspezifische Beratungsangebote oder Schulungen erarbeitet, dokumentiert und durchgeführt.</del></p> <p><del>-Selbsthilfebeauftragte/r: Im Netz wird eine verantwortliche Person benannt, die die Informationsbeschaffung, die Bereitstellung und die Kooperation zur Selbsthilfe und den Beratungsstellen koordiniert.</del></p> <p><del>(1) Angebote und Maßnahmen für die informierte Entscheidungsfindung, z.B. themenbezogene Netz-Veranstaltungen mit Partnern, z.B. aus Selbsthilfe oder Patientenverbänden auf lokaler Ebene</del></p> <p><del>d) Kriterium Barrierefreiheit im Netz</del></p> <p><del>Netzspezifischer Zielprozess für den Anteil barrierefreier Praxen</del></p> <p><del>(1) Schulungsmaßnahmen und -angebote für Praxen und Kooperationspartner, z.B. Sensibilisierung beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen, bei Fremdsprachigkeit oder zu leichter Sprache</del></p>

	<p><u>e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</u>  <u>(1) Patientenbefragungen werden i.V.m. Nrn. 3 b (Patientenrückmeldungen, Beschwerdemanagement) sowie in Abstimmung mit dem/der Patientenbeauftragten konzipiert und durchgeführt. Die Ergebnisse fließen in die weitere Entwicklung ein.</u></p> <p><u>f) spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</u>  <u>(1) Unter Berücksichtigung von Basis-Stufe Nr. 1f) und Stufe I Nr. 1 f wird der Nachweis von der KV definiert.</u></p>
<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) Kriterium Gemeinsame Fallbesprechungen Keine Vorgabe für Nachweise</p> <p>b) Kriterium Netzzentrierte Qualitätszirkel datengestützte Netzqualitätszirkel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz,</li> <li>Darlegung der Ergebnisse</li> </ul> <p>c) Kriterium Sichere elektronische Kommunikation Verbindliche Absprachen zur Kommunikation / Verfahrensregelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Der Datenaustausch zwischen den Ärzten erfolgt überwiegend elektronisch. Für die elektronische Kommunikation werden Anwendungen über eine gesicherte Datenverbindung, bevorzugt im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, durchgeführt.</li> <li>Vorlage eines Datenschutzkonzeptes</li> <li>Vorlage einer IT-Sicherheitsleitlinie</li> </ul> <p>d) Kriterium Gemeinsame Dokumentationsstandards elektronische Fallakte, bzw. Nutzung gemeinsamer fallbezogener Datenbasis</p> <p>e) Wissens- und Informationsmanagement Keine Vorgabe für Nachweise</p> <p>f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern geregelt Kooperationen: Beachtung der Schwerpunkte bzw. indikationsbezogener Qualifikationen der Kooperationspartner</p>	<p>2. Versorgungsziel Kooperative Berufsausübung</p> <p>a) <del>Kriterium</del> Gemeinsame Fallbesprechungen <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen.</u></p> <p>b) <del>Kriterium</del> Netzzentrierte Qualitätszirkel <del>datengestützte Netzqualitätszirkel:</del> regelmäßiges Monitoring der Ergebnisse der QZ im Netz, Darlegung der Ergebnisse</p> <p>c) <del>Kriterium</del> Sichere elektronische Kommunikation <del>Verbindliche Absprachen zur Kommunikation / Verfahrensregelungen:</del> <del>Der Datenaustausch zwischen den Ärzten erfolgt überwiegend elektronisch. Für die elektronische Kommunikation werden Anwendungen über eine gesicherte Datenverbindung, bevorzugt im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen, durchgeführt.</del> <del>Vorlage eines Datenschutzkonzeptes</del> <del>Vorlage einer IT-Sicherheitsleitlinie</del> <u>(1) Maßnahmenplan zur Einführung eines Informationssicherheitsmanagementsystems (ISMS):</u> <u>Verfahren und Regeln, die dazu dienen, die Informationssicherheit im Netz zu definieren, zu steuern, zu prüfen, aufrechtzuerhalten und fortlaufend zu verbessern.</u></p> <p>d) <del>Kriterium</del> Gemeinsame Dokumentationsstandards <del>elektronische Fallakte, bzw. Nutzung gemeinsamer fallbezogener Datenbasis</del> <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen</u></p> <p>e) Wissens- und Informationsmanagement <del>Keine Vorgabe für Nachweise</del> <u>(1) Zugang zu ausgewählten, Hersteller-unabhängigen Datenbanken auf Netzebene, z.B. Cochrane Library</u></p> <p>f) <del>Kooperationen mit anderen Leistungserbringern</del></p>

	<p><u>geregelt</u> Kooperationen: Beachtung der Schwerpunkte bzw. indikationsbezogener Qualifikationen der Kooperationspartner</p> <p><u>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 6 (1) Netzstandard zu peer-reviews in den beteiligten Professionen, interprofessioneller Austausch</u></p>
<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz</p> <p>a) Kriterium Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen, z.B. Medikamentenallergien, Nachbesprechung kritischer Ereignisse, Notfallmedikamente, Patientenbefragung.</li> <li>• Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter</li> <li>• Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, z.B. abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen,</li> <li>• gemeinsame Darlegungsfähigkeit auf der Ebene klinischer und anderer Indikatoren</li> </ul> <p>b) Kriterium Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• standardisierte Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen</li> <li>• netzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt/Arztpraxis, Nutzung validierter Fragebögen, die folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertungen der Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen / Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes</li> </ul> <p>c) Kriterium Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz Befundübermittlung auf elektronischem Wege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten;</li> <li>• geeignete Softwareprodukte für gemeinsame Beratung sowie den einfachen Informationsaustausch (Kompatibilität)</li> <li>• Innerhalb des Arztnetzes wird auf Befundübermittlung per Post verzichtet, soweit bestehende Regelungen dies zulassen (vgl. Nr. 2d).</li> </ul>	<p>3. Versorgungsziel Verbesserte Effizienz</p> <p>a) <del>Kriterium</del> Darlegungsfähigkeit auf Praxis- wie auf Netzebene</p> <p><del>-Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen, z.B. Medikamentenallergien, Nachbesprechung kritischer Ereignisse, Notfallmedikamente, Patientenbefragung.</del></p> <p><del>-Weiterbildungsmaßnahmen für Netzärzte und Praxismitarbeiter</del></p> <p><del>-Ziele bei der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, z.B. abgestimmte Verfahren für die Durchführung von Hausbesuchen;</del></p> <p><del>-gemeinsame Darlegungsfähigkeit auf der Ebene klinischer und anderer Indikatoren</del></p> <p><u>(1) Nachweis durch einen jährlichen Netzbericht im elektronischen Format an die Kassenärztliche Vereinigung, der die Strukturanforderungen und die Umsetzung der Versorgungsziele anhand der Nachweise gemäß Anlage 2 der Richtlinie dokumentiert.</u></p> <p>b) <del>Kriterium</del> Nutzung (oder Einbeziehung) <u>Berücksichtigung</u> Patientenperspektive</p> <p><del>-standardisierte Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen</del></p> <p><del>-netzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt/Arztpraxis, Nutzung validierter Fragebögen, die folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertungen der Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen / Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes</del></p> <p><u>(1) Netzzintern abgestimmte Befragungen zu Arzt / Arztpraxis und Nutzung validierter Fragebögen, die insbesondere folgende Aspekte berücksichtigen: Bewertungen der Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie, Selbsthilfe, Lebensstil und Nebenwirkungen / Begleiterscheinungen, Patientenerfahrungen zur Tätigkeit des Netzes.</u></p> <p>c) <del>Kriterium</del> Beschleunigung von Therapie- und Diagnoseprozessen im Netz <u>Befundübermittlung auf elektronischem Wege:</u></p> <p><del>-Geeignete IT-Infrastruktur mit hoher Leistungsfähigkeit als Grundlage für eine beschleunigte Übermittlung von Daten;</del></p>

<p>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen Vereinbarung von Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• netzbezogene Ziele bei Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung / Monitoring, Früherkennungsuntersuchungen</li> </ul> <p>e) Nutzung von Qualitätsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zertifizierung Praxen, ggf. Gruppenzertifizierung</li> <li>• Anerkanntes QM-System bzw. -verfahren Peer Review im Netz , interne Visitationen</li> </ul>	<p><del>-geeignete Softwareprodukte für gemeinsame Beratung sowie den einfachen Informationsaustausch (Kompatibilität)</del>  <del>-Innerhalb des Arztnetzes wird auf Befundübermittlung per Post verzichtet, soweit bestehende Regelungen dies zulassen (vgl. Nr. 2d).</del>  <u>Es ist kein Nachweis vorzulegen.</u></p> <p>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen <del>Vereinbarung von Zielen:</del>  <del>-netzbezogene Ziele bei Prävention, Arzneimitteltherapieüberwachung / Monitoring, Früherkennungsuntersuchungen</del>  <u>(1) Netzstandard zur Vermeidung von Notfällen, z.B. mittels Kriseninterventionsplänen bei chronischen Erkrankungen (Patientenbefähigung und Erreichbarkeiten) oder Benennung von Ansprechpersonen</u></p> <p>e) <del>Nutzung von Qualitätsmanagement</del>  <del>-Zertifizierung Praxen, ggf. Gruppenzertifizierung</del>  <del>-Anerkanntes QM-System bzw. -verfahren</del>  <del>-Peer Review im Netz , interne Visitationen</del>  <u>1) Audits durch die Netzgeschäftsstelle durchgeführt oder extern vergeben</u>  <u>(2) Nutzung und Weiterentwicklung eines QM im Bereich der Geschäftsstelle des Netzes</u>  <u>(3) Nutzung anerkannter QM-Systeme bzw. -verfahren</u></p>
--	--

# Übersicht der Anerkennungskriterien in der bisherigen Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab 27.04.2016)

## Übersicht Anerkennungskriterien der KVBW

1. Versorgungsziel Patientenzentrierung			
Kriterien	Nachweis Basisstufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
a) Patientensicherheit	Angebot Medikationscheck für Netzpatienten (Polymedikation)	Angebot Medikationspläne	Zielprozess IT-Unterstützung Medikationsmanagement
	Internes Fehlermanagement		
b) Therapiekoordination/ Kontinuität der Versorgung	Terminvereinbarungsregelungen im Netz	Angebot Fallmanagement Netzpatienten	Standard Terminkoordination im Netz
			Vereinbartes, standardisiertes Vorgehen mit Krankenhäusern
c) Befähigung/informierte Entscheidungsfindung	Innerhalb des Netzes werden in den Praxen krankheitsspezifische Informationsmaterialien (KBV-Patienteninformationen, IQWiG, UPD) und Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen vorgehalten	Netzstandards für Patienteninformation	Netzweit abgestimmtes Angebot bei Patienteninformation
		Schulungsangebote für Patienten u./o. pflegende Angehörige bei mindestens zwei medizinischen Indikationen	Zielprozesse in Bezug auf die informative Entscheidungsfindung
		Angebot strukturierte Information zu Selbsthilfegruppen u. Patientenverbänden	Selbsthilfebeauftragter
d) Barrierefreiheit im Netz		Zielprozesse zur Umsetzung in Netzpraxen	Zielprozesse zur Steigerung des Anteils barrierefreier Praxen

2. Kooperative Berufsausübung			
Kriterien	Nachweis Basisstufe	Nachweis Stufe I	Nachweis Stufe II
a) Gemeinsame Fallbesprechungen	Protokolle regelmäßiger Fallbesprechungen		
b) Netzzentrierte Qualitätszirkel	Protokolle von Qualitätszirkeln, die den KV-Standards entsprechen		Datengestützte Netzqualitätszirkel
c) Sichere elektronische Kommunikation	Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, sicheres Netz		Verbindliche Absprachen zur Kommunikation, Verfahrensregeln
d) gemeinsame Dokumentationsstandards		Netzstandards zur Patientendokumentation	Elektronische Fallakte, bzw. gemeinsame fallbezogene Datenbasis
e) Wissens- und Informationsmanagement	Netzadaptierte Behandlungspfade, Fortbildungsinitiativen des Netzes		
f) Kooperationen mit anderen Leistungserbringern		Kooperationsvereinbarungen, z.B. mit Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, -diensten	Geregelte Kooperation



<b>3: Verbesserte Effizienz</b>			
<b>Kriterien</b>	<b>Nachweis Basisstufe</b>	<b>Nachweis Stufe I</b>	<b>Nachweis Stufe II</b>
a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene	Jährlicher Netzbericht		Nutzung von Qualitätsindikatoren mit Zielgrößen einschl. Präventionsmaßnahmen
b) Nutzung (oder Einbeziehung) Patientenperspektive		Beschwerdemanagement und Vorschlagwesen	Patientenbefragungen: Standardisierte Fragebögen zu ausgewählten Indikationen
c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen	Geregelte Behandlungsprozesse		Befundübermittlung auf elektronischem Wege
d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen		Netzspezifische Maßnahmen zu veranlassten Leistungen und Krankenhauseinweisung	Vereinbarung von Zielen
e) Nutzung von QM		Nachweis eingeführter QM-Systeme in Praxen	Zertifizierung der Praxen, ggf. Gruppensertifizierung

## Übersicht der Anerkennungskriterien in der neuen Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung Veröffentlichung im Rundschreiben 4-2023):

<b>Basis-Stufe</b>		
<b>Patientenzentrierung</b>	<b>Kooperative Berufsausübung</b>	<b>Verbesserte Effizienz</b>
<b>a) Patientensicherheit</b> Medikationscheck, mind. Polymedikation Netzinternes Fehlermanagement, z.B. Teilnahme an einem CIRS	<b>a) Gemeinsame Fallbesprechungen</b> regelmäßige Fallbesprechungen (ärztlich oder interprofessionell)	<b>a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene</b> jährlicher Bericht
<b>b) Therapiekoordination / Fallmanagement</b> Koordination für vulnerable Patientengruppen netzintern und -extern Zielvorgaben für Terminvermittlung im Netz u. Kooperationspartnern	<b>b) Netzzentrierte Qualitätszirkel</b> Netzstandards zu Qualitätszirkeln, zwei p.a. orientiert an KV-Standard	<b>b) Berücksichtigung der Patientenperspektive</b> Beschwerdemanagement / Verfahren zu Patientenrückmeldungen
<b>c) Befähigung / Information</b> Netzstandards für Angebot an Patienteninformationen (vorhandene Quellen: KBV, ÄZQ, IQWiG, UPD) Info-Angebot (Adressen, Materialien) zu Selbsthilfe, Pflege- u. Patientenberatung	<b>c) Sichere (elektronische) Kommunikation</b> Standards zu Kommunikationsmedien u. –wegen DS-Beauftragter, IS-Beauftragter	<b>c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen</b> Kein Nachweis
<b>d) Barrierefreiheit im Praxisnetz</b> Bestandsaufnahme Barrierefreie Praxen (räumlich, Kommunikation, Patienteninfo) konkrete Maßnahmen identifiziert, Umsetzungsplanung beschrieben	<b>d) Gemeinsame Dokumentationsstandards</b> Netzstandards zur Befund-, Behandlungs- u. Fallbesprechungsdokumentation	<b>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen</b> Kein Nachweis
<b>e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</b> Netz-Patientenbeauftragten, Beschreibung Zuständigkeiten, Bekanntmachung Regelmäßige Analyse der Wartezeiten, Verbesserungsmaßnahmen	<b>e) Wissens- und Informationsmanagement</b> digitale Verfügbarkeit von Therapiestandards, insbesondere Behandlungspfade, Leitlinien und Fortbildung gem. Nr. f)	<b>e) Qualitätsmanagement</b> Maßnahmenplan/Zuständigkeiten zur Einführung eines QM auf Netzebene erfasst
<b>f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</b> Netzbezogene regionale Versorgungssituation beschrieben	<b>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6</b> 1 Fallkonferenz (Kat. C der Fortbildungsordnung) p.a., mit den Kooperationspartnern	

Stufe I

Patientenzentrierung	Kooperative Berufsausübung	Verbesserte Effizienz
<b>a) Patientensicherheit</b> Netzstandard zur rationalen Antibiotika-Therapie Bundeseinheitlicher Medikationsplan: Netzstandard	<b>a) Gemeinsame Fallbesprechungen</b> kein Nachweis	<b>a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene</b> jährlicher Bericht
<b>b) Therapiekoordination /Fallmanagement</b> Fallmanagement für Netzpatienten Checkliste Überleitung intern/extern Netzstandards zur Versorgung in der Häuslichkeit, z.B. interprofessionelle Checkliste	<b>b) Netzzentrierte Qualitätszirkel</b> kein Nachweis	<b>b) Berücksichtigung der Patientenperspektive</b> Netzstandards zur Auswertung der Rückmeldungen sowie zur Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen
<b>c) Befähigung / Information</b> Schulungsangebote zur Förderung Gesundheitskompetenz in mind. 2 med. Indikationen (ggf. durch Koop.-Partner)	<b>c) Sichere (elektronische) Kommunikation</b> Netzstandards zu Telekonsilen	<b>c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen</b> Netzstandards zu Behandlungsprozessen zu ausgewählten Indikationen (netzspezifische Versorgung gemäß Nr. 1f)
<b>d) Barrierefreiheit im Praxisnetz</b> Netzbezogener Maßnahmenplan zur weiteren Umsetzung von Barrierefreiheit	<b>d) Gemeinsame Dokumentationsstandards</b> Kein Nachweis	<b>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen</b> Nachweis zu netzspezifischen Maßnahmen, z.B.: Wiederholungsverschreibungen, Doppeluntersuchungen
<b>e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</b> Jährlicher Bericht des Patientenbeauftragten (Patientenrückmeldungen, Wartezeitenanalysen)	<b>e) Wissens- und Informationsmanagement</b> Netzadaptierte Behandlungspfade für min. 2 Indikationen	<b>e) Qualitätsmanagement</b> QM eingeführt (Relevante Prozesse geregelt und umgesetzt)
<b>f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</b> Zentrale Handlungsfelder identifiziert, Maßnahmenplanung in Abstimmung mit KV	<b>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6</b> Jährliches Kooperationspartner-Meeting zur Prozessoptimierung	

Stufe II

Patientenzentrierung	Kooperative Berufsausübung	Verbesserte Effizienz
<b>a) Patientensicherheit</b> ATMS-Konzept Medikationscheck für definierte (multimorbide) Patientengruppen	<b>a) Gemeinsame Fallbesprechungen</b> kein Nachweis	<b>a) Darlegungsfähigkeit auf Praxis wie auf Netzebene</b> Netzbericht
<b>b) Therapiekoordination /Fallmanagement</b> Netzstandard zur fallbezogenen, gemeinsamen Datenbasis (elektronische Fallakte)	<b>b) Netzzentrierte Qualitätszirkel</b> Etablierung von datengestützten Netzqualitätszirkeln, Monitoring der Ergebnisse	<b>b) Berücksichtigung der Patientenperspektive</b> Patientenfragebögen zu ausgewählten Themenbereichen Netz-intern abgestimmte Befragungen
<b>c) Befähigung / Information</b> Maßnahmen /Angebote zur informierten Entscheidungsfindung z.B. themenbezogene Netzveranstaltungen mit Partnern aus SH auf lokaler Ebene)	<b>c) Sichere (elektronische) Kommunikation</b> Einführung ISMS	<b>c) Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen</b> kein Nachweis
<b>d) Barrierefreiheit im Praxisnetz</b> Schulungsmaßnahmen und -angebote für Praxen und Kooperationspartner	<b>d) Gemeinsame Dokumentationsstandards</b> Kein Nachweis	<b>d) Wirtschaftlichkeitsverbesserungen</b> Netzstandard zur Vermeidung von Notfällen, Kriseninterventionspläne
<b>e) Netzstandards für patientenorientiertes Praxismanagement</b> Patientenbefragungen (in Abstimmung mit Patientenbeauftragten)	<b>e) Wissens- und Informationsmanagement</b> Zugang zu ausgewählten, hersteller- unabhängigen Datenbanken auf Netzebene (Informationsplattform vorhanden)	<b>e) Qualitätsmanagement</b> Durchführung von Audits (Netz-GS) Nutzung QM für Netz-GS Nutzung anerkannter QM-Systeme
<b>f) Spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen</b> Nachweis wird von KV beschrieben (auf Grundlage Basisstufe und Stufe 1)	<b>f) Interprofessionelle Fortbildung mit Kooperationspartnern gem. § 3 Abs. 1 Nr. 6</b> Netzstandards zu peer-reviews in den beteiligten Professionen, interprofessioneller Austausch	

**Anlage 2 zur Richtlinie der KVBW zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V**

<p><b>Bisherige Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab 27.04.2016)</b></p>	<p><b>Geänderte Fassung der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Absatz 4 SGB V (mit Wirkung ab....</b></p>
<p>Die KVBW 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 KVBW geliefert werden (vgl. Anlage 1, II, Nr. 3a). Jeder Versorgungsbericht der KVBW besteht aus einer Liste von Datensätzen. Jeder Datensatz enthält folgende Felder:</p>	<p><u><del>-Versorgungsbericht-</del></u></p> <p><u>(1) Die KVBW erstellt jährlich Versorgungsberichte mit den nachfolgend genannten Qualitäts- und Strukturdaten, welche eine Überprüfung der Versorgungsziele ermöglichen und übermittelt diese elektronisch an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.</u>  <del>Die Versorgungsberichte enthalten einen Auszug der Daten, welche von den Praxisnetzen an die KVBW geliefert werden (vgl. Anlage 1, II, Nr. 3a). Jeder Versorgungsbericht der KVBW besteht aus einer Liste von Datensätzen. Jeder Datensatz enthält folgende Felder:</del></p> <p><u>(2) Die Praxisnetze liefern dazu Daten des vorangegangenen Jahres (Berichtsjahr) an die Kassenärztliche Vereinigung nach dieser Richtlinie.</u></p> <p><u>(3) Das Praxisnetz erhält Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß. Nr. 1 – 7.</u></p> <p><u>(4) An die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung jährlich bis zum 30.09. Daten des vorangegangenen Jahres je Praxisnetz gemäß der Nrn 1 –12.</u></p> <p><u>(5) Die Datenübertragung der Kassenärztlichen Vereinigungen an die KBV erfolgt auf gesichertem Weg. Die KBV veröffentlicht jährlich einen sogenannten Praxisnetzbericht auf ihrer Website.</u></p>

Nr.	Inhalt	Format	Kardinalität	Nr.	Inhalt	Format	Kardinalität
1	Praxisnetz-Nummer (PNR)	5-stellig, alphanumerisch Die ersten Stellen sind die Ziffern des KV-Landes- oder Bezirksstellen-schlüssels	1	1	Praxisnetz-Nummer (PNR)	5-stellig, alphanumerisch <del>Die ersten Stellen sind die Ziffern des KV-Landes- oder Bezirksstellen-schlüssels</del> <u>nach Richtlinie der KBV</u>	4
2	Akkreditierungsstufe des PN	Aufzählungstyp mit einem der Werte 1,2,3	1	2	Akkreditierungsstufe des PN	Aufzählungstyp mit einem der Werte <del>1,2,3</del> <u>1,2,3oder2</u>	4
3	Anzahl der teilnehmenden Ärzte	Positive Integer (positive ganze Zahl)	1	3	Anzahl der teilnehmenden Ärzte <u>und Psychotherapeuten (Personenzählung, inkl. angestellte Ärzte)</u>	<del>Positive Integer (positive ganze Zahl)</del> <u>numerisch</u>	4
4	Anzahl der teilnehmenden Arztpraxen	Positive Integer (positive ganze Zahl)	1	4	Anzahl der teilnehmenden Arztpraxen	<del>Positive Integer (positive ganze Zahl)</del> <u>numerisch</u>	4
5	Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das PN abgedeckt werden,	Liste	1	5	Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das PN abgedeckt werden,	Liste	4
	PLZ	5-stellige Ziffernfolge	Mindestens 1		PLZ	<u>Alle PLZ des Netzes (5-stellige Ziffernfolge, komma-separiert)</u>	<u>Mindestens 1</u>
6	Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste	1	6	Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen	Liste <u>und Anzahl je Zulassungsfachgruppe</u>	4

	BAR-Code der Zulassungsfachgruppen	3-stellige Ziffernfolge gem. BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 4	Mindestens 3		BAR-Code der Zulassungsfachgruppen	<del>3-stellige Ziffernfolge gem. BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 4</del> <u>zweistellige Fachgruppencodierung für die 8.+9. Stelle der LANR, BAR-Schlüsselverzeichnis, Anlage 35</u>	Mindestens 3
7	Anzahl der behandelten Patienten	Positive Integer (positive ganze Zahl)	1	7	Anzahl der behandelten Patienten	<del>Positive Integer (positive ganze Zahl)</del> <u>numerisch</u>	4
8	Anzahl der Überweisungen innerhalb des Praxisnetzes	Non negative Integer (ganze Zahl $\geq 0$ )	1	8	<del>Anzahl der Überweisungen innerhalb des Praxisnetzes</del> <u>Name des Praxisnetzes (Kurzform)</u>	<del>Non negative Integer (ganze Zahl <math>\geq 0</math>)</del> <u>Text, max. 100 Zeichen</u>	4
9	Anzahl aller Patienten, für die ein Medikationscheck durchgeführt wurde	Non negative Integer (ganze Zahl $\geq 0$ )	0 bis 1	9	<del>Anzahl aller Patienten, für die ein Medikationscheck durchgeführt wurde</del> <u>Rechtsform des Praxisnetzes</u>	<del>Non negative Integer (ganze Zahl <math>\geq 0</math>)</del> <u>Auswahlliste: Personengesellschaft eingetr. Genossenschaft eingetr. Verein GmbH</u>	0 bis 1
10	Anzahl der Patienten, die in ein Behandlungsprogramm gem. § 137 f SGB V eingeschrieben sind	Non negative Integer (ganze Zahl $\geq 0$ )	0 bis 1	10	<del>Anzahl der Patienten, die in ein Behandlungsprogramm gem. § 137 f SGB V eingeschrieben sind</del> <u>Webadresse des Praxisnetzes</u>	<del>Non negative Integer (ganze Zahl <math>\geq 0</math>)</del> <u>hyperlink</u>	0 bis 1

11	Liste der im Netz durchgeführten Qualitätszirkel/Fallkonferenzen	Liste der Fallkonferenzen	0 bis 1	11	<del>Liste der im Netz durchgeführten Qualitätszirkel/Fallkonferenzen Kooperationspartner des Praxisnetzes (Liste/Formular)</del>	Liste der Fallkonferenzen-Auswahlliste (Mehrfachnennung) /Anzahl je Item: <u>Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</u> <u>Häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)</u> <u>Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI)</u> <u>Heilmittelerbringer (§ 32 SGB V):</u> <u>Leistungserbringer gem. § 24c SGB V</u> <u>Leistungserbringer gem. § 37b SGB V</u> <u>Leistungserbringer gem. § 39a SGB V</u> <u>Leistungserbringer gem. § 40 SGB V</u> <u>Andere: .....</u> <u>(Freitext)</u> <u>Zugelassenes Krankenhaus (§ 108 SGB V)</u> <u>Vorsorge-/Reha-Einrichtung (§ 107 Abs. 2 SGB V)</u>	0 bis 4
----	--	---------------------------	---------	----	---	---	---------

12	Anzahl der Fallbesprechungen im Netz	ICD-10 Code		12	<del>Anzahl der Fallbesprechungen im Netz</del> <u>Weitere Strukturelemente auf Netzebene (sofern vorhanden)</u>  <u>1. Anzahl Weiterbildungsbefugte</u> <u>2. Anzahl Lehrärzte</u> <u>3. Anzahl Weiterzubildende</u> <u>4. Anzahl PJ-Studierende</u> <u>5. Teilnahme Weiterbildungsverbund</u>	<del>ICD-10 Code</del>  <u>Jeweils numerisch</u>  <u>Auswahl ja/nein</u>	
13	Behandlung anhand standardisierter Behandlungspfade/Leitlinien	Liste durchgeführter standardisierter Behandlungspfade	0 bis 1	<del>13</del>	<del>Behandlung anhand standardisierter Behandlungspfade/Leitlinien</del>	<del>Liste durchgeführter standardisierter Behandlungspfade</del>	<del>0 bis 1</del>
	Durchgeführte Behandlungspfade	ICD-10 Code	Mindestens 1		<del>Durchgeführte Behandlungspfade</del>	<del>ICD-10 Code</del>	<del>Mindestens 1</del>
	ICD-10 Code	3-6 stellig alpha-numerisch			<del>ICD-10 Code</del>	<del>3-6 stellig alpha-numerisch</del>	
<p>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. Die Datenübertragung erfolgt durch Eingabe in der Kassenärztlichen Vereinigung in ein spezifisches WebFormular.</p>				<p><del>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. Die Datenübertragung erfolgt durch Eingabe in der Kassenärztlichen Vereinigung in ein spezifisches WebFormular.</del></p>			

Die oben aufgeführte Neufassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87 b Abs. 4 SGB V vom 27.09.2023 wird hiermit gemäß § 24 Abs. 2 der Satzung bekannt gemacht und tritt mit der Veröffentlichung im Rundschreiben 4- 2023 der KVBW und Veröffentlichung auf der Homepage unter [www.kabawue.de](http://www.kabawue.de) in Kraft.

Stuttgart, den

gez. Dr.med. Karsten Braun LL.M  
Vorsitzender des Vorstands

gez.Dr.med. Thomas Heyer  
Vorsitzender der Vertreterversammlung