



Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Meldestelle -Anerkennung Praxisnetze-
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

E-Mail: praxisnetze@kvno.de
Tel.: (02 11) 59 70-8952
Fax: (02 11) 59 70-9952

Anlage 3

Antrag zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V

Hiermit beantragt das Praxisnetz:

-
- die Anerkennung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.
 die finanzielle Förderung von Praxisnetzen.

Ansprechpartner/in: _____

Geschäftsführer/in: _____

Ärztliche/r Leiter/in: _____

Ort/ PLZ: _____

Straße/ Hausnr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Senden Sie bitte die komplett ausgefüllte und unterschriebene Anlage 3 per Post an die angegebene Adresse.

Alle weiteren notwendigen Nachweise und Anlagen senden Sie bitte separat ausschließlich per Mail an praxisnetze@kvno.de.



Teil 1

Erfüllung der Strukturvorgaben gem. § 3 der Richtlinie

bitte ankreuzen:

- 1) Das Praxisnetz besteht derzeit aus mind. 20 bis max. 100 vertragsärztlichen-/ psychotherapeutischen Praxen. _____ (Anzahl)
(Nachweis: Liste aller teilnehmenden Arztpraxen)
hierfür zu verwendende Excel-Liste auf der Homepage der KV Nordrhein
- 2) Dem Praxisnetz gehören mindestens 3 Fachgruppen, wobei Ärzte gem. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1, 3, 4, oder 5 SGB V (Hausärzte) vertreten sein müssen, an.
(Nachweis: Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen)
hierfür zu verwendende Excel-Liste auf der Homepage der KV Nordrhein
- 3) Das Praxisnetz deckt mit den Mitgliedspraxen ein auf die wohnortnahe Versorgung bezogenes zusammenhängendes Gebiet ab.
(Nachweis: Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das Praxisnetz abgedeckt werden)
hierfür zu verwendende Excel-Liste auf der Homepage der KV Nordrhein
- 4) Die teilnehmenden Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform
- a) einer Personengesellschaft
 - b) einer eingetragenen Genossenschaft (eG)
 - c) eines eingetragenen Vereins (e.V.)
 - d) einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
- zusammengeschlossen.
(Nachweis: Der Gesellschaftervertrag oder die Satzung)
- 5) Das Praxisnetz besteht unter Berücksichtigung der Vorgaben nach den Nummern 1 bis 4 der KBV Richtlinie seit _____ Jahren (mindestens 3 Jahre).
(Nachweis: Kopie der Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer)



- 6) Das Praxisnetz unterhält eine verbindliche Kooperationsvereinbarung unter Berücksichtigung der Versorgungsziele gem. § 4 der Richtlinie mit folgendem nicht-ärztlichen Leistungserbringer oder stationären Leistungserbringer:

(Nachweis: Kooperationsvereinbarung(en))

- 7) Die am Praxisnetz teilnehmenden Praxen haben eine Vereinbarung zu gemeinsamen Standards, insbesondere zu:
- a) Unabhängigkeit gegenüber Dritten
 - b) Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen
 - c) Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement
 - d) kontinuierlicher Steigerung der Anzahl barrierearmer Netzpraxen

- 8) Das Praxisnetz hält folgende Managementstrukturen vor:
- a) eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene (Netz-) Geschäftsstelle
 - b) einen Geschäftsführer
 - c) einen ärztlichen Leiter / Koordinator zur Umsetzung der Vorgaben nach Nr. 7

Teil 2

Erfüllung der Versorgungsziele & Kriterien gem. § 4 der Richtlinie

Das Praxisnetz erfüllt die in der Richtlinie beschriebenen Versorgungsziele und Kriterien

- a) der Basis-Stufe
- b) der Stufe I
- c) der Stufe II

(Nachweis: formlose Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Nachweise)

Teil 3



1. Das Praxisnetz verpflichtet sich, die in der Richtlinie geforderten Strukturvorgaben und Versorgungsziele gemäß §§ 3 und 4 zu erfüllen. Änderungen, die Auswirkungen auf den Anerkennungsstatus des Praxisnetzes haben, sind der KV Nordrhein 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 Nordrhein nachzuweisen. Darüber hinaus behält die KV Nordrhein sich jederzeit eine Prüfung der nach §§ 3 und 4 geforderten Voraussetzungen vor.
2. Das Praxisnetz verpflichtet sich, 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 erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Darüber hinaus verpflichtet sich das Praxisnetz die im Rahmen der Richtlinie zu erhebenden 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 Evaluation durch externe dritte wie bspw. ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form. Ferner willigt das Praxisnetz in die Nutzung der im Rahmen der Richtlinie erhobenen Daten durch die KV Nordrhein unter Beachtung geltender datenschutzrechtlicher Bestimmungen ein.
3. Das Praxisnetz verpflichtet sich, jährlich (nach Ablauf von 12 Monaten nach Anerkennung des Praxisnetzes) Versorgungsberichte gemäß Anlage 2 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen in Nordrhein an die KV Nordrhein zu übermitteln.
4. Das Praxisnetz willigt ein, dass mit dem Antrag auf Anerkennung des Praxisnetzes gleichzeitig das Praxisnetz in die Veröffentlichung der Anerkennung des Praxisnetzes auf der Internetseite der KV Nordrhein zustimmt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich zu der Einhaltung aller genannten Pflichten und Anforderungen. Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 ausschließlich an dem o.g. Praxisnetz teilnehme.

Ort, Datum

Unterschrift Geschäftsführer/Vorstand

Anlagen:

1. Liste aller teilnehmenden Arztpraxen (Excel-Datei)
2. Liste aller im Netz vertretenen Zulassungsfachgruppen (Excel-Datei)
3. Liste aller PLZ-Bereiche, welche durch das Praxisnetz abgedeckt werden (Excel-Datei)
4. Der Gesellschaftervertrag oder die Satzung (pdf. Datei)
5. Anzeige gegenüber der zuständigen Ärztekammer (pdf. Datei)
6. Kooperationsvereinbarung(en) mit nicht-ärztlichen oder stationären Leistungserbringer (pdf. Datei)
7. Formlose Beschreibung der Vorhaltung der geforderten Nachweise gem. § 4 der Richtlinie gemäß § 87b Absatz 4 SGB V der KV Nordrhein (pdf. Datei)
8. Geschäftsführervertrag (pdf. Datei)
9. Fragebogen „Barrierearme Praxis“

Bitte verwenden Sie für die Nachweise 1 - 3 die auf der Homepage der KV Nordrhein bereitgestellten Formulare.

Die kompletten geforderten Nachweise 1 - 8 senden Sie bitte an folgende Mailadresse:

praxisnetze@kvno.de