



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
GB 4/FB Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Antrag zur Anerkennung von Praxisnetzen gem. § 87b Abs. 4 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie der KVBB zur Anerkennung von Praxisnetzen

Hiermit beantragt das Praxisnetz _____

die Anerkennung durch die KVBB gemäß § 87b Abs. 4 SGB V.

Geschäftsstelle: (Anschrift)			
Ansprechpartner:			
Telefon:		Fax:	
E-Mail:			
Geschäftsführer:			
Ärztlicher Leiter/ Koordinator:			

Das Praxisnetz _____ beantragt die Anerkennung gemäß

Basis-Stufe

Stufe I

Stufe II

Dem Praxisnetz gehören _____ (Anzahl) vertragsärztliche und _____ (Anzahl) psychotherapeutische Praxen an.

Anlage 3 der Richtlinie der KVBB zur Anerkennung von Praxisnetzen und KV RegioMed Ärztenetzen

- Das Praxisnetz hat sich zusammengeschlossen in der Rechtsform
- einer Personengesellschaft (GbR, Partnerschaftsgesellschaft, etc.)
 - einer eingetragenen Genossenschaft
 - eines eingetragenen Vereins
 - einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Das Praxisnetz besteht seit _____ (Datum)

Die Ärzte des Praxisnetzes erklären verbindlich die Einhaltung der nachfolgend aufgeführten Grundsätze gemäß § 2 der Richtlinie:

- (1) Die Kooperation innerhalb des Praxisnetzes erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen. Die freie Arztwahl und die freie Wahl der Inanspruchnahme anderer Gesundheitsberufe durch die Patienten bleiben unberührt.
- (2) Der ungehinderte Zugang der Patienten zu den Versorgungsangeboten des Praxisnetzes ist zu gewährleisten, unabhängig davon, in welcher Krankenkasse der betreffende Patient versichert ist.
- (3) Die Praxen verpflichten sich zur Sicherstellung der Patientenversorgung in der betreffenden Region, das kollegiale Zusammenwirken mit nicht an dem jeweiligen Praxisnetz beteiligten Vertragsärzten zu pflegen. Dies beinhaltet insbesondere das Verbot der Beeinflussung von Patienten bei der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgungsangebote außerhalb des Praxisnetzes.
- (4) Das Praxisnetz erklärt seine Bereitschaft, bei der Behebung von Versorgungsdefiziten und bei der Beseitigung mitzuwirken. Die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung von Versorgungsdefiziten in der Region wird vorausgesetzt.
- (5) Ab Basisstufe hat die Leitung des Praxisnetzes gegenüber der KVBB die für den Betrieb des Praxisnetzes relevanten Vertragsbeziehungen zu anderen Kostenträgern, insbesondere Verträge nach §§ 73 a-c und 140 ff. (SGB V), sowie die Verwendung von finanziellen Mitteln Dritter für das Praxisnetz offenzulegen.
- (6) Die Praxisnetze haben die Abrechnungsbestimmungen und -vorgaben der KVBB in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten und umzusetzen.
- (7) Es ist für alle Praxen des jeweiligen Praxisnetzes die Anbindung an das Sichere Netz der KVen gewährleistet.

Verpflichtungserklärung:

Das Praxisnetz verpflichtet sich, die geforderten Strukturvorgaben, Ziele und Kriterien dieser Richtlinie zu erfüllen. Sobald die Anforderungen nicht mehr erfüllt werden, wird dies umgehend der KVBB angezeigt.

Das Praxisnetz verpflichtet sich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch einzuhalten.

Anlage 3 der Richtlinie der KVBB zur Anerkennung von Praxisnetzen und KV RegioMed Ärztenetzen

Einwilligungserklärung

Das Praxisnetz willigt ein, dass die in der Richtlinie genannten Daten zu Evaluationszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Nutzung der Daten zum Zwecke der Evaluation erfolgt intern in pseudonymisierter und bei einer Übermittlung an ein wissenschaftliches Institut in anonymisierter Form.

Es wird zur Kenntnis genommen, dass sich die KVBB die jederzeitige Prüfung der nach den §§ 4 und 5 geforderten Voraussetzungen vorbehält.

Alle erforderlichen Unterlagen der in der Anlage 1 aufgeführten Nachweise zur beantragten Anerkennungsstufe sind dem Antrag beigelegt.

(Eine Entscheidung zum Antrag kann durch die KVBB nur bei Vorlage aller erforderlichen Nachweise getroffen werden.)

Ort, Datum

Unterschrift leitender Arzt/ Koordinator

Unterschrift Geschäftsführer/ Vorstand