

Förderung anerkannter Praxisnetze in Hessen

Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen in Hessen
nach § 87b Abs. 1 SGB V

in Kraft getreten am	01.04.2016
zuletzt geändert am	07.10.2023

Inhaltsverzeichnis

Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen in Hessen	1
nach § 87b Abs. 1 SGB V.....	1
§ 1 Förderarten.....	3
§ 2 Jährliche Verwaltungskostenpauschale.....	3
§ 3 Fördervoraussetzungen.....	3
§ 4 Förderkommission.....	4
§ 5 Förderschwerpunkte für die projektbezogene Förderung.....	4
§ 6 Ausgabenbegrenzung.....	5
§ 7 Übertragung bzw. Rückführung nicht verbrauchter Fördermittel	5
§ 8 Auszahlung.....	6
§ 9 Rückforderung von Fördermitteln.....	6
§ 10 Inkrafttreten	6

§ 1 Förderarten

- (1) Zur Förderung von Praxisnetzen erhält ein anerkanntes Praxisnetz eine jährliche Verwaltungskostenpauschale je Versorgungsumfang des Netzarztes.
- (2) Zusätzlich zur Verwaltungskostenpauschale kann eine Förderung von innovativen und strukturverbessernden Projekten von Netzen erfolgen.

§ 2 Jährliche Verwaltungskostenpauschale

- (1) Ein anerkanntes Praxisnetz erhält als Verwaltungskostenpauschale eine jährliche Vergütung bemessen am Umfang des Versorgungsauftrages des Netzarztes in Höhe von maximal
 - a. 100 € in der Basis-Stufe bzw.
 - b. 200 € in der Stufe I oder II.Der Förderbetrag nach Anerkennungsstufe wird mit dem Versorgungsumfang des Netzarztes multipliziert und übersteigt nicht den Maximalbetrag aus a) bzw. b). Netzarzt im Sinne dieser Richtlinie sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jährlich zum Stichtag 01.04. aktives Mitglied in einem anerkannten Praxisnetz sind.
- (2) Die Auszahlung erfolgt jährlich zum Stichtag 30.06. an das Praxisnetz, auf der Basis der aktuellen Mitgliederanzahl des Praxisnetzes (Stand: 01.04. des Jahres). Eine entsprechende Mitgliederliste ist jährlich spätestens zum 30.04. entsprechend der Netzliste zum Anerkennungsantrag mit Angabe der LANR und zum Stand 01.04. gültigen BSNR des Netzarztes einzureichen.

§ 3 Fördervoraussetzungen

- (1) Voraussetzung für die Förderung eines Praxisnetzes ist seine Anerkennung nach der „Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V“ der KV Hessen in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Entscheidung über eine projektbezogene Förderung erfolgt auf Antrag. Dem Antrag ist eine Projektbeschreibung beizufügen, die mindestens folgende Angaben enthält:
 - a. Projektname
 - b. Projektbeteiligte
 - c. Ziel/Handlungsfeld
 - d. Projektbeschreibung
 - i. Kurzdarstellung
 - ii. Umsetzung
 - iii. Vorteile/Hemmnisse

- e. Region/Standorte
- f. Laufzeit
- g. Finanzierung
- h. Übertragbarkeit/Perspektiven

- (3) Anträge sind jeweils bis zum 30.06. eines Jahres einzureichen.
- (4) Im Rahmen der projektbezogenen Förderung können sowohl Investitionskosten als auch laufende Kosten erstattet werden, allerdings wird maximal 50 % der nachgewiesenen bereinigten Kostensumme pro Projekt erstattet.
- (5) Ein Projekt kann durch die KV Hessen mit maximal 50.000 € gefördert werden. Eine Förderung nach dieser Richtlinie schließt die Förderung durch eine andere Organisation nicht aus.
- (6) Eine Evaluierung des Projektes ist nach Ende der Projektlaufzeit erforderlich.
- (7) Pro anerkanntes Netz kann zeitgleich lediglich ein Projekt gefördert werden.

§ 4 Förderkommission

- (1) Nach Prüfung der zum Stichtag eingereichten Unterlagen entscheidet eine Förderkommission über die Förderung der eingereichten Projekte
- (2) Die Bewertung der Projekte erfolgt anhand einer Skala (0 = schlecht oder nicht innovativ/ 5= sehr gut oder sehr innovativ) auf Basis folgender Kriterien:
 - a. Innovationskraft
 - b. Ökonomischer Wert
 - c. Patientenorientierung
 - d. Versorgungsverbesserung
 - e. Prozessoptimierung für den Arzt/die Praxis
- (3) Nach Entscheidung der Förderkommission ergeht entweder ein Fördermittelbescheid durch die KV Hessen, der die Fördersumme und den Förderzeitraum festlegt oder es ergeht ein Ablehnungsbescheid.

§ 5 Förderschwerpunkte für die projektbezogene Förderung

Die Projekte sollen folgende Schwerpunkte abdecken:

- a. **Verbesserung der Patientenversorgung**, z.B.
 - ärztliche Versorgung in Pflegeheimen
 - Steigerung der Impfquote
 - Multimedikation, verbesserte Abstimmung/Koordination der verschiedenen Behandler

oder

- b. **Verbesserung der ärztlichen Kooperation**, z.B.

Professionalisierung des Austauschs zwischen den verschiedenen
Fachdisziplinen inkl. PT
Einführung ambulanter Konsiliar- und Liaison-Modelle
Einführung einer zentralen elektronischen Patientenakte

oder

- c. **Verbesserung des regionalen Versorgungsangebots**, z.B.
Implementierung von Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung einer Region für
jüngere Kollegen/Nachfolger
Übernahme der Vermittlung von Facharztterminen durch das Netz
(Einrichtung einer netzeigenen Terminservicestelle)
Barrierefreiheit aller Netzpraxen

oder

- d. **Verbesserung der indikationsbezogenen Behandlung** z.B.
Starker Rücken,
Rheuma etc.

§ 6 Ausgabenbegrenzung

- (1) Die Fördersumme für die Förderung von Projekten wird auf einen Maximalbetrag von insgesamt 500.000 € pro Jahr begrenzt und wird dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V entnommen.
- (2) Die Auszahlungssumme der Verwaltungskostenpauschale wird der Gesamtvergütung entnommen und auf 100.000 € pro Jahr begrenzt, ggf. erfolgt eine Quotierung. Im haus- und fachärztlichen Grundbetrag des Honorarverteilungsmaßstabes ist eine quartalsweise Rückstellung in Höhe von jeweils 12.500 € zu bilden.
- (3) Zu Beginn des Folgejahres erfolgt eine Abrechnung hinsichtlich der verwendeten Fördermittel des abgeschlossenen Kalenderjahres.

§ 7 Übertragung bzw. Rückführung nicht verbrauchter Fördermittel

- (1) Für die projektbezogene Förderung werden bereits durch Förderbescheid gebundene, jedoch noch nicht bzw. nicht vollständig abgerufene Mittel in das Folgejahr übertragen.
- (2) Verbleiben am Ende des Jahres aus den Rückstellungen für die Zahlung der Verwaltungskostenpauschale Beträge, werden diese der allgemeinen Honorarverteilung im jeweiligen Versorgungsbereich zugeführt.

§ 8 Auszahlung

- (1) Die Auszahlung der projektbezogenen Förderung erfolgt nach der Einreichung entsprechender Belege, die die Höhe der Kosten nachweisen an das Praxisnetz auf ein angegebenes Bankkonto.
- (2) Die projektbezogenen Kosten werden um etwaige andere dem Netz gewährte Fördermittel anderer Organisationen für das angemeldete Projekt bereinigt.
- (3) Die Verwaltungskostenpauschale wird zum 30.06. an das jeweilige Praxisnetz ausgezahlt.

§ 9 Rückforderung von Fördermitteln

- (1) Werden Fördergelder nicht zweckgerecht verwendet oder erfüllt ein Praxisnetz die Anforderungen nach den §§ 3 und 4 der „Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V“ der KV Hessen im Förderzeitraum nicht mehr, oder werden die mit der Förderung verbundenen Zwecke nicht erreicht, sind die ausgezahlten Fördergelder grundsätzlich an die KV Hessen zurückzuerstatten.
- (2) Die KV Hessen kann die Mittel für die Förderung von Projekten im Rahmen dieser Richtlinie zurückfordern, wenn das der Förderung zugrundeliegende, durch den Fördermittelbescheid bestätigte Projektkonzept nicht umgesetzt wird.
- (3) Über die Rückforderung entscheidet der Vorstand

§ 10 Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt am 07.10.2023 in Kraft und ersetzt die Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung vom 01.04.2016, zuletzt geändert am 18.05.2019.