

FAQ Gesamtziffernkranz Stand: 21.06.2012

Was ist der Ziffernkranz?

Die Honorierung in den Hausarzt- und Facharztverträgen nach § 73 b bzw. 73 c SGB V unterscheidet sich von dem KV-Honorarsystem in zwei wesentlichen Punkten: erstens ist das **Honorar in den Selektivverträgen deutlich höher**, und zweitens ist die **Abrechnung wesentlich einfacher**. Ersteres ist durch die Bereinigung des KV-Honorars möglich geworden, in der die AOK Baden-Württemberg das Arzthonorar nicht mehr an die KV auszahlt, letzteres durch die Pauschalierung, in der die sehr zahlreichen EBM-Ziffern mit ihren unübersichtlichen Ausschlüssen in einfache, wenige Gebührenordnungspositionen der Hausarzt- und Facharztverträge überführt worden sind.

Dieses Vorgehen machte aber eine Liste aller EBM-Ziffern eines Fachgebiets erforderlich, die in die jeweiligen Pauschalen eingerechnet worden sind und nicht mehr von der KV vergütet werden. Eine solche Liste wird als **Ziffernkranz** bezeichnet.

Was ist der Gesamtziffernkranz (GZK)?

Der Gesamtziffernkranz vereinheitlicht die bisher existierenden Ziffernkranze (HzV/Kardiologie/Gastroenterologie) und vereinfacht deren Handhabung. Historisch bedingt gibt es jeweils einen Ziffernkranz im Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sowie in den Facharztverträgen. Die vertragliche Verknüpfung zwischen dem AOK-Hausarztprogramm und dem AOK-Facharztprogramm ist in der Anlage 17 des HZV-Vertrages mit der AOK Baden-Württemberg geregelt. Diese Verbindung wird jetzt weiter konkretisiert und vereinfacht: Die bisher getrennten Ziffernkranze werden zu einem **Gesamtziffernkranz** zusammengefasst. In einem ersten Schritt gilt ab 01.07.2012 der Gesamtziffernkranz „HZV/Kardiologie/Gastroenterologie“. Die EBM-Ziffern der weiteren Module des AOK-Facharztprogramms, z.B. Psychotherapie, werden zu einem späteren Zeitpunkt in den Gesamtziffernkranz aufgenommen. **Der Gesamtziffernkranz ist also die eine Liste aller EBM-Ziffern, die bei der Versorgung von Versicherten in den Selektivverträgen nicht mehr über die KV abgerechnet werden dürfen.**

Warum wird der Gesamtziffernkranz eingeführt?

Patienten, die in das AOK-Facharztprogramm eingeschrieben sind, sollen von Ärzten versorgt werden, die in die Verträge eingeschrieben sind. Der Patient und seine in den Verträgen abgebildete Versorgung wird durch die AOK bei der KV-Vergütung bereinigt. Die Bereinigung kommt dem Selektivvertragshonorar zugute, d. h. dass bei der KV keine Gelder mehr für eine Abrechnung über die KV zur Verfügung stehen.

Selektivverträge sollen sich als zweiter Sektor neben der Regelversorgung weiter entwickeln. Die Intention ist, dass eine Vermischung ärztlicher Leistung in den beiden Systemen möglichst vermieden wird. Der GZK verhindert das Entstehen von Parallelfällen pro Praxis und Versicherten im gleichen Quartal, soweit es Leistungen betrifft, die im GZK definiert sind.

Im Sinne eines „geordneten Miteinanders von Kollektivvertrag und Selektivvertrag“ werden die Vertragspartner weiterhin darauf achten, dass Ihre Leistung auch in Zukunft adäquat abgebildet wird und die Verträge entsprechend weiterentwickelt werden.

Welche konkrete Auswirkung hat die Einführung des Gesamtziffernkranzes?

Eine Auswirkung ergibt sich nur für die Versicherten, die sich sowohl in das AOK-Hausarztprogramm als auch in das AOK-Facharztprogramm eingeschrieben haben. Für diese Versicherten dürfen FACHÄRZTE, die an einem 73 c-Vertrag (Kardiologie oder Gastroenterologie) teilnehmen (und auch andere Ärzte in der selben Praxis/BAG/MVZ), keine Leistungen aus dem Ziffernkranz des AOK-Hausarztprogramms (HZV), des 73 c-Kardiologievertrages und des 73 c-Gastroenterologie-Vertrages über die KV abrechnen. Bei Bedarf werden diese Leistungen von den am jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzten erbracht.

Ist ein Patient jedoch ausschließlich in einen 73 b Vertrag in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben, ergeben sich für diese keinerlei Änderungen.

Beispiel 1: Bereichsübergreifende BAG Hausarzt/Gastroenterologe:

In einer fachbereichsübergreifenden BAG aus Hausarzt A (HZV-Teilnehmer) und Gastroenterologe B (kein Teilnehmer am AOK-FacharztProgramm) erhält ein bei Hausarzt A in die HZV und zusätzlich in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebener Versicherter C eine Gastroskopie.

Abrechnung: Aus den Regelungen von AOK-HausarztProgramm und AOK-FacharztProgramm ergibt sich, dass diese Leistung für den Versicherten C durch in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Ärzte erbracht werden soll. Wenn die Praxis die Leistung dennoch erbringt, ist sie mit der HZV-Pauschale P2 oder der Vertreter- bzw. Zielauftragspauschale abgegolten und nicht über die KV abrechenbar.

Beispiel 2, Internistische BAG:

In einer BAG aus Kardiologe A (Teilnehmer am 73 c-Kardiologievertrag) und einem Internisten ohne Schwerpunkt B (kein Teilnehmer am AOK-FacharztProgramm) erhält ein in das AOK-Facharzt-Programm eingeschriebener Versicherter C eine Gastroskopie.

Abrechnung: Aus den Regelungen des AOK-FacharztProgramms ergibt sich, dass diese Leistung für diese Versicherten durch in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Ärzte erbracht werden soll. Wenn die Praxis die Leistung dennoch erbringt, ist sie mit der Kardiologiepauschale P1 oder der Kardiologie-Vertreterpauschale V1 abgegolten. Eine zusätzliche Abrechnung dieser Leistung über die KV ist nicht möglich.

Sind Ausnahmen für einzelne, betroffene Praxen möglich?

Falls für einzelne Praxen diese Neuregelung mit unzumutbaren betriebswirtschaftlichen Auswirkungen verbunden wäre, kann der Lenkungsausschuss in Einzelfällen eine Ausnahmeregelung treffen; gleiches gilt aus Sicherstellungsgründen. Die Ausnahmeregelung erstreckt sich in der Regel nur auf solche Leistungen, die in der Regelversorgung als Einzelleistung oder Freie Leistung vergütet werden und setzt die Einhaltung der im AOK-FacharztProgramm definierten Qualitätsstandards voraus. Bei Fragen zu möglichen Ausnahmeregelungen wenden Sie sich bitte an Ihre Managementgesellschaft:

Welche Möglichkeit haben Ärzte, die mit dem Ziffernkranz überhaupt nicht einverstanden sind?

Die vertragsteilnehmenden Ärzte haben die Möglichkeit, dieser Vertragsänderung zu widersprechen. Hierzu können sie innerhalb von 6 Wochen nach Zugang des Informationsschreibens zum Gesamtziffernkranz ihren Widerspruch an die Managementgesellschaft des Vertrages, an dem sie teilnehmen (HÄVG für das AOK-HausarztProgramm bzw. MEDIVERBUND AG für das AOK-FacharztProgramm) absenden. Nach Fristablauf ohne Widerspruch gilt die Vertragsänderung als genehmigt. Im Fall eines Widerspruchs kündigt die Managementgesellschaft die Vertragsteilnahme zum Ablauf des Quartals, welches auf den Zugang der Kündigung folgt.

Kontakt Hausärzterverband:

Tel: (0711) 69 33 06 60

Fax: (0711) 69 33 06 69

Kontakt MEDIVERBUND:

Tel: (07 11) 80 60 79 20

Fax: (07 11) 80 60 79 30