

## Glossar Honorar

Begriff	Text
Anstellung mit Leistungsbegrenzung	Jobsharing
Arztgruppe	<p>Ärzte werden den Arztgruppen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugeordnet. Die Arztgruppen richten sich nach den Abrechnungsschwerpunkten der Ärzte im EBM und basieren auf den Arztgruppendefinitionen, die bei der bundesweiten Einführung der Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 zur Verfügung standen. Aufgrund der Homogenität des Abrechnungsspektrums stellen die Arztgruppen die beste Möglichkeit dar, belastbare Referenzwerte für Ärzte zu bilden.   <a href="#">Honorarfachgruppe</a></p>
Behandlungsfall	<p>Ein Behandlungsfall ist die gesamte ambulante Behandlung eines Versicherten zulasten derselben Krankenkasse, die von einer Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb eines Quartals erfolgt. Nimmt ein Patient in einer Berufsausübungsgemeinschaft mehrere Ärzte in Anspruch oder ist er mehrfach im Quartal in der Praxis, so wird er nur als ein Behandlungsfall gezählt. Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist somit deutlich höher als die Zahl der Behandlungsfälle.</p>
Bereitschaftsdienst	<p>Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird in Rheinland-Pfalz von der KV RLP im Rahmen des Sicherstellungsauftrags in Form von Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ) betrieben. Er ist für Patienten gedacht, die in dringenden medizinischen Fällen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen und sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden. Die BDZ generieren ihren Umsatz allein aus der Abrechnung von Leistungen gemäß EBM. Das Defizit zwischen den Ausgaben zum Betreiben der BDZ und den Einnahmen gemäß EBM muss von allen Ärzten in Rheinland-Pfalz über eine einheitliche Umlage pro Monat und Arzt finanziert werden.</p>

Begriff	Text
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) schließen sich zwei oder mehr Vertragsärzte oder -psychotherapeuten zu einer Praxis zusammen und bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit. Die BAG wird von der KV RLP als wirtschaftliche Einheit betrachtet und erhält eine gemeinsame Honorarabrechnungsnummer (HNR) und damit gemeinsame Honorarzahlungen und einen gemeinsamen Honorarbescheid. Die BAG kann auch in mehreren Orten betrieben werden (ortsübergreifende BAG), aus mehreren Fachgebieten bestehen (fachübergreifende BAG) oder aus Haus- und Fachärzten bestehen (versorgungübergreifende BAG). Im Gegensatz zur BAG bilden Ärzte bei einer Praxisgemeinschaft zwar eine organisatorische, aber keine wirtschaftliche Einheit, das heißt, die Ärzte erhalten getrennte Honorarbescheide und getrennte Honorarzahlungen.
Betriebsausgaben	Die Betriebsausgaben von Vertragsärzten umfassen Aufwendungen für angestelltes Personal, praxisexternes Personal, Material, Labor, die Mieten für Räume, Aufwendungen für Energie, Versicherungen, Beiträge, Gebühren, Kraftfahrzeughaltung, Leasing, Miete von Geräten, Fortbildung, Fremdkapitalzinsen sowie sonstige betriebliche Aufwendungen. Der Umsatz eines Arztes abzüglich der Betriebsausgaben ergibt sein Bruttoeinkommen. Von diesem Bruttoeinkommen gehen noch die Steuerzahlungen, die Aufwendungen für die Altersvorsorge sowie die Zahlungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung ab. Der noch verbleibende Betrag ergibt das verfügbare Einkommen.   <a href="#">GKV-Umsatz</a>
Betriebsstätte	Eine Betriebsstätte ist der Ort, an dem ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut seine Leistungen erbringt. Neben der Hauptbetriebsstätte gibt es Nebenbetriebsstätten als weitere Tätigkeitsorte, an denen ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut oder ein angestellter Arzt vertragsärztliche Leistungen erbringt. Die Abrechnung erfolgt für Haupt- und Nebenbetriebsstätten unter der Hauptbetriebsstättennummer. Ausnahme: Die Hauptbetriebsstätte liegt außerhalb von Rheinland-Pfalz.
Bewertungsausschuss (Erweiterter)	Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Die gesetzliche Grundlage des Bewertungsausschusses ist verankert in Paragraph 87 des SGB V. Dort ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen und Empfehlungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen bindend.
Budget	<a href="#">PZ Vorjahr</a>   <a href="#">morbiditybedingte Gesamtvergütung</a>

Begriff	Text
budgetierte Leistungen	In der Regel erhält eine Praxis ein Budget in Höhe der angeforderten Leistungen im Vorjahresquartal. Erbringt eine Praxis genauso viele Leistungen wie im Vorjahresquartal, werden diese Leistungen im Budget, vollständig vergütet. Mehrleistungen gegenüber dem Vorjahresquartal werden nur mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet, erhöhen aber im Gegenzug das Budget für das Quartal im Folgejahr. Der Anteil der budgetierten Leistungen am Gesamthonorar variiert zwischen den Arztgruppen.   <a href="#">PZ Vorjahr</a>
Bundesversicherungsamt (BVA)	Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung. Darüber hinaus ist es für die Durchführung des Risikostrukturausgleiches (RSA) zwischen den Krankenkassen und für die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständig.
Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte. Er wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf Bundesebene vereinbart. Er bestimmt den Inhalt der gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertung einer Leistung im EBM beruht auf betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und setzt sich aus den anteiligen Praxiskosten für diese Leistungen und dem anteiligen kalkulatorischen Arztlohn für diese Leistung zusammen.
Ermächtigte Ärzte	Neben der Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Krankenhausärzten, Krankenhäusern oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Eine Ermächtigung kann durch den Zulassungsausschuss dann erteilt werden, wenn sie notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers dann ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Dabei legt der Zulassungsausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf.
extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)	Die extrabudgetäre Gesamtvergütung stellt im Gegensatz zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung denjenigen Teil der Zahlung der Krankenkassen an die KV dar, der keiner Budgetierung unterliegt. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen die Leistungen der EGV in vollem Umfang ohne Begrenzung der Menge oder des Punktwertes vergüten.   <a href="#">mGV</a>

Begriff	Text
extrabudgetäre Leistungen	Die Krankenkassen stellen zusätzliches Geld für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen bezahlen. Diese Leistungen werden ohne Mengenbegrenzung vergütet. Dazu zählen beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen.
Fachgruppe	<a href="#">Arztgruppe</a>   <a href="#">Honorarfachgruppe</a>
Fallwert	Der Fallwert beschreibt den durchschnittlichen GKV-Umsatz eines Arztes oder einer Praxis je Behandlungsfall. In einer Praxis entspricht die Zahl der Behandlungsfälle in der Regel der Zahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patienten unabhängig davon, wie oft diese in der Praxis waren und wie viele Ärzte der Praxis an der Behandlung des Patienten beteiligt waren. <a href="#">Behandlungsfall</a>   <a href="#">GKV-Umsatz</a>
Fallzahl	<p>Die Fallzahl umfasst alle Behandlungsfälle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also die Zahl der in einer Praxis in einem Quartal behandelten Patienten. Dabei spielt es keine Rolle, wie oft diese in der Praxis waren und wie viele Ärzte der Praxis an der Behandlung beteiligt waren. Bei fachübergreifenden Berufsausübungsgesellschaften werden die Behandlungsfälle anteilig auf die Arztgruppen aufgeteilt.</p> <p><b>kurativ-ambulante Fallzahl:</b> Diese Fallzahl beschreibt alle ambulanten Fälle, auf denen mindestens eine kurative Leistung erbracht wurde. Demnach sind beispielsweise reine Präventions- oder Kostenfälle keine kurativ-ambulanten Fälle.</p> <p><b>selektivvertragliche Fallzahl:</b> Die selektivvertragliche Fallzahl umfasst alle Behandlungsfälle einer Arztpraxis innerhalb eines Quartals, die im Rahmen der Selektivverträge der KV RLP erbracht werden. Diese werden extrabudgetär vergütet und in der Abrechnung mit der Gebührenordnungsposition 88194 gekennzeichnet.</p>
Freie Leistung	<a href="#">Behandlungsfall</a>
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	<a href="#">Vorwegleistung</a>
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	Als Fremdkassenzahlungsausgleich wird das Zahlungsverfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bezeichnet. Dieses Verfahren ist immer dann notwendig, wenn der Wohnort eines Versicherten und der Vertragsarztsitz des behandelnden Arztes in unterschiedlichen KV-Bereichen liegen. In diesem Fall geht die Zahlung der Krankenkasse für diesen Versicherten an eine andere KV als diejenige KV, die das Honorar an den Arzt zahlt. Der dadurch notwendige Finanzausgleich wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Clearingstelle vorgenommen.   <a href="#">Wohnortprinzip</a>

<b>Begriff</b>	<b>Text</b>
Gebührenordnungsposition (GOP)	Als Gebührenordnungspositionen werden die Leistungen des EBM bezeichnet. Diese fünfstellige GOP wird von dem Arzt im Rahmen seiner Abrechnung angegeben. Neben den im EBM aufgeführte GOPs gibt es Gebührennummern für Leistungen aus regional vereinbarten Sonderverträgen.
Gesamtvergütung	Als Gesamtvergütung wird die Zahlung einer Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die im Bereich der KV wohnenden Versicherten der jeweiligen Krankenkassen bezeichnet. Die Gesamtvergütung gliedert sich in einen budgetierten Teil (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) und einen unbudgetierten Teil (extrabudgetäre Gesamtvergütung). Die Gesamtvergütung wird von der jeweiligen Krankenkasse vierteljährlich auf Anforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt. Das Berechnungsschema zur Ermittlung der Gesamtvergütung sowie der Katalog der extrabudgetären Leistungen werden vor Beginn des Kalenderjahres auf Grundlage von Vorgaben des (erweiterten) Bewertungsausschusses zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen in Form einer Honorarvereinbarung festgelegt. Bei Nichteinigung entscheidet das Landesschiedsamt. <a href="#">mGV</a>   <a href="#">EGV</a>
Gesetzliche Krankenkassen (GKV)	Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen(EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine verpflichtende Versicherung für alle Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Die GKV-Mitgliedschaft kann unter bestimmten Voraussetzungen auch freiwillig erworben werden. Der gesetzliche Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. In der GKV gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip. In Abgrenzung zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist die private Krankenversicherung zu sehen (PKV).
GKV-Umsatz	Hier zählt ausschließlich der Umsatz aus der Behandlung von GKV-Versicherten. Der GKV- Umsatz enthält weder Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit noch Vergütungen aus Selektivverträgen oder über die Sonstigen Kostenträger. <a href="#">Sonstige Kostenträger</a>

Begriff	Text
Honorarfachgruppe	Eine Honorarfachgruppe im Sinne des HVM ist ein Zusammenschluss von Arztgruppen, für die ein gemeinsamer Honorarfonds gebildet wird. Der Vorteil einer Honorarfachgruppe besteht darin, dass aufgrund ihrer Größe eine Zunahme der abgerechneten Leistungen, beispielsweise durch neu niedergelassene Ärzte, geringere Auswirkungen auf die Punktwerte haben. Alle Arztgruppen lassen sich Honorarfachgruppen zuordnen. So beinhaltet die Honorarfachgruppe der fachärztlichen Internisten alle internistischen Arztgruppen mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten wie die „Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie“, „Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie mit invasiver Tätigkeit“ oder „Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie“.
ICD-Code	Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 German Modification (GM) zu verschlüsseln. Die Codierung von Leistungen nach ICD-10 im ambulanten Bereich ist für die Krankenkassen bezüglich des Risikostrukturausgleichs (RSA) und für die Kassenärztliche Vereinigung bezüglich der Messung der Morbidität und der damit verbundenen Veränderung der Gesamtvergütung bedeutsam.
Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)	Unter individuellen Gesundheitsleistungen versteht man Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht bezahlt werden, da sie nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Diese Diagnose- und Behandlungsmethoden werden den Kassenpatienten von Ärzten zusätzlich angeboten und müssen bei Inanspruchnahme selbst bezahlt werden.
Jobsharing	Um auch in gesperrten Planungsbereichen als Arzt oder Psychotherapeut tätig zu werden, kann die Jobsharing-Zulassung erfolgen. Das heißt: Der Leistungsumfang der Praxis darf durch die Zulassung nicht steigen. Vielmehr ist es die Aufgabe des Jobsharing-Juniors, den Jobsharing-Senior zu entlasten. Dabei muss der Jobsharing-Junior dem gleichen Fachgebiet angehören wie der Jobsharing-Senior. Hierbei müssen sich die beteiligten Ärzte zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten (Punktzahlbergrenze), damit es in dem gesperrten Planungsbereich nicht zu einer Leistungsausweitung kommt.   <a href="#">Punktzahlbergrenze</a>

<b>Begriff</b>	<b>Text</b>
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 freiberuflichen Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.
Kassenärztliche Vereinigung	Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In deren Rahmen sorgen sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß § 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt. Jeder Arzt, der eine vertragsärztliche Zulassung hat, ist Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) seiner Region.
Kosten	Der überwiegende Teil der abrechenbaren Leistungen werden im EBM in Punkten ausgewiesen. Daneben gibt es aber auch Leistungen, die der EBM mit einem festen Euro-Betrag ausweist. Diese Leistungen werden – abgesehen von den Laborleistungen (Kapitel 32) – fest vergütet. Die Laborleistungen unterliegen zum einen der KBV-Quote Q und zum anderen dem Laborbudget. Somit weicht die Bewertung im EBM von dem tatsächlich ausgezahlten Honorar ab.
Laborbudget	Für Nicht-Laborärzte und ermächtigte Ärzte werden für den Abschnitt 32.3 EBM Laborbudgets gebildet. Die Höhe des Laborbudgets für die Praxis orientiert sich an der anteiligen Fallzahl der Praxis und dem KBV-Fallwert für das Laborbudget.
Morbidität	Morbidität ist eine statistische Größe, die die Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, ausdrückt (Krankheitslast). Im Falle der vertragsärztlichen Versorgung wird Bezug genommen auf die Versicherten im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung und gegebenenfalls auf bestimmte Leistungsbereiche. Die Morbidität hat seit 2009 einen Einfluss auf die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (Gesamtvergütung) sowie deren Steigerungsraten. Die Veränderung der Morbidität wird anhand der ärztlichen Diagnosen und deren Verschlüsselung (ICD-Code) mittels eines statistischen Programmes (Grouper) je KV ermittelt.



<b>Begriff</b>	<b>Text</b>
morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)	Gemäß § 87a SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem auf Grundlage des Orientierungswertes regional vereinbarten Punktwert in Euro.
nicht-ärztlicher Praxisassistent (NäPa)	Nichtärztliche Praxisassistenten unterstützen den hausärztlich tätigen Arzt in der Praxis und übernehmen Haus- und Pflegeheimbesuche. Die Leistungen, die sie in der Praxis oder beim Hausbesuch durchführen können, sind in Paragraph 5 der Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 zum BMV-Ä) beschrieben. Zur Anstellung einer NäPa ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Zudem müssen nichtärztliche Praxisassistenten über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin oder gemäß dem Krankenpflegegesetz verfügen.
Orientierungswert	Der Orientierungswert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit dem Spitzenverband der Krankenkassen. Extrabudgetäre Leistungen werden immer mit dem Orientierungswert vergütet. <a href="#">PZ Vorjahr</a>   <a href="#">Punktwert</a>
Punktwert	Nahezu alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden in Punkten bewertet. Die tatsächliche Vergütungshöhe einer Leistung ergibt sich durch die Multiplikation dieser Punkte mit einem in Cent bemessenen Punktwert. Die extrabudgetären Leistungen werden mit dem Orientierungswert vergütet. Die Punktwerte für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind im HVM geregelt und müssen teilweise jedes Quartal neu ermittelt werden.
Punktzahl	Die Punktzahl ist die Summe aller Leistungen, die im EBM in Punkten bewertet sind. Die Punktzahl berücksichtigt sowohl etwaige Kürzungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung, der quartalsgleichen Wirtschaftlichkeitsprüfung, des Fehlens von Fortbildungsnachweisen und des Jobsharings.
Punktzahlobergrenze	Wird in einem gesperrten Gebiet ein Arzt in der Praxis angestellt oder zugelassen, so müssen die beteiligten Ärzte vor dem Zulassungsausschuss eine Leistungsbegrenzung anerkennen, die sogenannte Punktzahlobergrenze. Diese basiert auf den Leistungen des Jobsharing-Seniors, also des anstellenden Arztes, der vier letzten abgerechneten Quartale. Die Punktzahlobergrenze wird ab dem zweiten Leistungsjahr der Fachgruppenentwicklung angepasst.



<b>Begriff</b>	<b>Text</b>
PZ Vorjahr	In der KV RLP regelt der Honorarverteilungsmaßstab die Budgetierung anhand eines Individualbudgets. Die Höhe des Budgets wird von den Leistungen in Punkten aus dem Vorjahresquartal bestimmt.
PZ Zuwachs	Diese Abkürzung steht für „Punktzahl Zuwachs“ und beschreibt eine mögliche Überschreitung der „PZ Vorjahr“.
quartalsgleiche Wirtschaftlichkeitsprüfung	Gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot darf ein Arzt nur solche Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen, die zur Heilung oder Linderung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die KV RLP ist gesetzlich verpflichtet, die wirtschaftliche Handlungsweise ihrer Mitglieder zu prüfen. Diese Prüfung erfolgt im Laufe der Honorarabrechnung, also quartalsgleich oder nach Abrechnung des Quartals. Bei der quartalsgleichen Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen Kürzungen aufgrund von Unwirtschaftlichkeit bereits vor der Vergütung der Leistungen und reduzieren somit die anerkannten Leistungen in Punkten und Euro.
Sachkosten	Sachkosten können außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erstattet werden, zum Beispiel bei der Dialyse in Form von Kostenpauschalen. So enthalten die Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 je nach Art und Umfang der Behandlung alle Sachkosten, von dem Dialysegerät über Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen bis hin zu Verpflegungskosten für den Patienten.
Sonstige Kostenträger	<p>Sonstige Kostenträger bezeichnet Kostenträger, die außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen medizinische Leistungen bezahlen. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bundesentschädigungsgesetz</li> <li>▪ Bundespolizei</li> <li>▪ Bundeswehr</li> <li>▪ EU/Zwischenstaatliches Abkommen</li> <li>▪ Polizei</li> <li>▪ Sozialhilfe/Asylbewerber</li> <li>▪ Unfallversicherungsträger</li> <li>▪ Zivildienst</li> </ul> <p>Die Abrechnung der sonstigen Kostenträger erfolgt analog zu den GKV-Versicherten über die KV RLP nach den Bestimmungen des EBM. Allerdings gelten für diese Versicherten nicht die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes wie die Mengenbegrenzungsregelung oder die Quotierung von Punktwerten.</p>

Begriff	Text
Stunden	Basis für die Ermittlung der Wochenstunden sind Zeitvorgaben, die im EBM festgelegt und damit auch für die KV RLP verbindlich sind. So sind für die meisten EBM-Nummern bundeseinheitliche Prüfzeiten in Minuten vorgeschrieben. Die Summe Ihrer Leistungen des Kapitels 35.2 EBM in Minuten wird bei 13 Wochen im Quartal als Stundenwert pro Woche dargestellt und in Abhängigkeit von Ihrem Tätigkeitsumfang mit dem Aufgreifkriterium „Vollauslastung gemäß BSG-Urteil“ verglichen.
Überschuss	Der Überschuss eines Arztes wird definiert als Honorarumsatz abzüglich Betriebsausgaben. Dabei werden die Betriebsausgaben durch prozentuale Kostensätze abgebildet. Von diesem Überschuss werden Steuerzahlungen, Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung und zur berufsständischen Altersvorsorge abgezogen und man erhält das dem Arzt zur Verfügung stehende Nettoeinkommen.
Umsatz	<u>GKV-Umsatz</u>
Vergütungsgruppe	Eine Vergütungsgruppe fasst Leistungen Gebührenordnungspositionen (GOP) und Gebührennummern zusammen, die thematisch zusammengehören und mit demselben Punktwert vergütet werden. Die Vergütungsgruppen werden je nach ihrer Art in die drei Vergütungsbereiche „budgetierte Leistungen“, „Vorwegleistungen“ und „extrabudgetäre Leistungen“ unterteilt.   <u>Gebührenordnungspositionen</u>
Versorgungsbereich	Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß § 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Alle Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Hierzu gehören beispielsweise Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten, Neurologen, Orthopäden, Radiologen, Urologen und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. An der hausärztlichen Versorgung nehmen teil: Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.

Begriff	Text
Versorgungsumfang	<p>Der Versorgungsumfang beschreibt den Versorgungsauftrag eines Arztes gemäß seines Zulassungsbescheids. Als voller Versorgungsumfang gilt eine Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden pro Woche. Ärzte mit anteiligen Zulassungen und Ärzte, die nicht ein gesamtes Kalenderjahr zugelassen sind, werden entsprechend ihren zeitlichen Anteilen betrachtet. So ergeben zwei Ärzte mit jeweils einer halben Zulassung statistisch einen Arzt. Bei angestellten Ärzten wird die Arbeitszeit gemäß ihres Arbeitsvertrags im Verhältnis zum vollen Versorgungsumfang gesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bis zu 10 Stunden = Versorgungsumfang von 0,25</li> <li>▪ 11 bis 20 Stunden = Versorgungsumfang von 0,50</li> <li>▪ 21 bis 30 Stunden = Versorgungsumfang von 0,75</li> <li>▪ 31 bis 40 Stunden = Versorgungsumfang von 1,00</li> </ul>
Vertreterversammlung (VV)	<p>Die VV ist das oberste Organ einer Kassenärztlichen Vereinigung und repräsentiert die Gemeinschaft der freiberuflichen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. An der Spitze stehen der alle sechs Jahre aus den Reihen der Mitglieder gewählte VV-Vorsitzende und ein Stellvertreter. Sie bereiten regelmäßig die Sitzungen der Vertreterversammlung vor und bilden das Bindeglied zwischen Vorstand und VV. Die Vertreterversammlung trifft alle Entscheidungen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind. Sie beschließt den Haushalt, die Satzung, den Honorarverteilungsmaßstab und anderes autonomes Recht (zum Beispiel Abrechnungsordnung), sie wählt und überwacht den hauptamtlichen Vorstand.</p>
Vorwegleistungen	<p>Vorwegleistung sind Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV), die aber für den Arzt keiner Mengenbegrenzung unterliegen und in der Regel mit einem festen Punktwert vergütet werden. Zahlt die KV RLP mehr Geld für Vorwegleistungen aus, steht entsprechend weniger Geld für die übrigen Leistungen innerhalb der mGV zur Verfügung. Damit sind die Vorwegleistungen von den extrabudgetären Leistungen getrennt zu betrachten.</p>
Wohnortprinzip	<p>Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung für ihre Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.</p>
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)	<p>Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger der Stiftung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Als zentrale Forschungseinrichtung im System der Kassenärztlichen Vereinigungen führt das Zi anwendungsorientierte Forschungsvorhaben und Projekte durch.</p>

**Begriff****Text**

Zielauftrag

Bei einem Zielauftrag wird ein Arzt nur auf Überweisung tätig und zwar ausschließlich für Leistungen, die auf der Überweisung konkret definiert sind.