GLOSSAR

Begriff	Text
Anstellung mit Leistungsbegrenzung	Jobsharing
Arztgruppe	Ärztinnen und Ärzte werden den Arztgruppen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugeordnet. Die Arztgruppen richten sich nach den Abrechnungsschwerpunkten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Aufgrund der Homogenität des Abrechnungsspektrums stellen die Arztgruppen die beste Möglichkeit dar, belastbare Referenzwerte zu bilden. | Honorarfachgruppe
Behandlungsfall	Ein Behandlungsfall ist die gesamte ambulante Behandlung von Versicherten zulasten derselben Krankenkasse, die von einer Praxis (Ärztin bzw. Arzt, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb eines Quartals erfolgt. Nimmt eine Patientin bzw. ein Patient in einer Berufsausübungsgemeinschaft mehrere Ärztinnen und Ärzte in Anspruch oder ist sie oder er mehrfach im Quartal in der Praxis, so wird es nur als ein Behandlungsfall gezählt. Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist somit deutlich höher als die Zahl der Behandlungsfälle.
Bereitschaftsdienst	Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird in Rheinland-Pfalz von der KV RLP im Rahmen des Sicherstellungsauftrags in Form von Bereitschaftspraxen betrieben. Er ist für Patientinnen und 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 Bereitschaftspraxen generieren ihren Umsatz allein aus der Abrechnung von Leistungen gemäß EBM. Das Defizit zwischen den Ausgaben zum Betreiben der Praxen und den Einnahmen gemäß EBM muss von allen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz über eine einheitliche Umlage pro Monat und Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeut finanziert werden.

Berufsausübungs-gemeinschaft (BAG)	Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft schließen sich mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und 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 Fachärztinnen und -ärzten bestehen (versorgungsübergreifende BAG). Im Gegensatz zur BAG bilden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei einer Praxisgemeinschaft zwar eine organisatorische, aber keine wirtschaftliche Einheit, das heißt, die sie erhalten getrennte Honorarbescheide und getrennte Honorarzahlungen.
Betriebsausgaben	Die Betriebsausgaben 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 abzüglich der Betriebsausgaben ergibt das 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. | GKV-Umsatz
Betriebsstätte	Eine Betriebsstätte ist der Ort, an dem eine Ärztin, ein Arzt oder eine Psychotherapeutin, ein Psychotherapeut Leistungen erbringt. Neben der Hauptbetriebsstätte gibt es Nebenbetriebsstätten als weitere Tätigkeitsorte, an denen eine Ärztin oder ein Arzt, eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut oder Angestellte 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 Psychotherapeutenschaft 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 § 87 SGB V. Dort ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den 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	PZ Vorjahr | morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

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 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. | PZ Vorjahr
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 (EBM) ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärztinnen und -ärzte. 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 Krankenhausärztinnen und -ärzten 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. Krankenhausärztinnen und -ärzte 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 Krankenhausärztinnen und -ärzten nicht sichergestellt ist. Dabei legt der Zulassungsausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang die Ärztin oder der Arzt ambulant 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. | mGV

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	Arztgruppe | Honorarfachgruppe
Fallwert	Der Fallwert beschreibt den durchschnittlichen GKV-Umsatz einer Praxis je Behandlungsfall. In einer Praxis entspricht die Zahl der Behandlungsfälle in der Regel der Zahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten unabhängig davon, wie oft diese in der Praxis waren und wie viele Ärztinnen und Ärzte der Praxis an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligt waren. Behandlungsfall | GKV-Umsatz
Fallzahl	Die Fallzahl umfasst alle Behandlungsfälle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also die Zahl der in einer Praxis in einem Quartal behandelten Patientinnen und Patienten. Dabei spielt es keine Rolle, wie oft diese in der Praxis waren und wie viele Ärztinnen und Ärzte der Praxis an der Behandlung beteiligt waren. Bei fachübergreifenden Berufsausübungsgesellschaften werden die Behandlungsfälle anteilig auf die Arztgruppen aufgeteilt. **kurativ-ambulante Fallzahl:** 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. **selektivvertragliche Fallzahl:** Die selektivvertragliche Fallzahl umfasst alle Behandlungsfälle einer Praxis 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 EBM gekennzeichnet. Behandlungsfall
Freie Leistung	Vorwegleistung
Fremdkassenzahlungs-ausgleich (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 der behandelnden Ärztin/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 die Ärztin bzw. den Arzt zahlt. Der dadurch notwendige Finanzausgleich wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Clearingstelle vorgenommen. | Wohnortprinzip

Gebührenordnungs-position (GOP)	Als Gebührenordnungspositionen werden die Leistungen des EBM bezeichnet. Diese fünfstellige GOP wird von der Ärztin bzw. 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 KV 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 KV 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 KV und den Landesverbänden der Krankenkassen in Form einer Honorarvereinbarung festgelegt. Bei Nichteinigung entscheidet das Landesschiedsamt. | mGV | EGV
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. | Sonstige Kostenträger
Hausarztvermittlungsfall	Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin erhalten rund zehn Euro für die Vereinbarung eines Termins in einer fachärztlichen Praxis. Die Ärztin bzw. der Arzt rechnet in diesem Fall die GOP 03008 EBM bzw. GOP 04008 EBM ab. Zusätzlich ist bei der Abrechnung die BSNR der Facharztpraxis anzugeben, bei der ein Termin vereinbart wurde. Hierfür nutzen Sie das Feld „BSNR des vermittelten Facharztes“ in Ihrem Praxisverwaltungssystem. Die Fachärztin bzw. der Facharzt legt im Praxisverwaltungssystem die Überweisung, die die Hausärztin oder der Hausarzt ausgestellt hat, an und kennzeichnet dort den Überweisungsschein als „HA-Vermittlungsfall“.

Honorarfachgruppe	Eine Honorarfachgruppe im Sinne des Honorarverteilungsmaßstabes (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 Ärztinnen und Ärzte, geringere Auswirkungen auf die Punktwerte haben. Alle Arztgruppen lassen sich Honorarfachgruppen zuordnen. So beinhaltet die Honorarfachgruppe der fachärztlichen Internistinnen und 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 Ärztinnen und 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)	Individuelle Gesundheitsleistungen sind 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 Patientinnen und Patienten zusätzlich angeboten und müssen bei Inanspruchnahme selbst bezahlt werden.
Jobsharing	Um auch in gesperrten Planungsbereichen als Ärztin bzw. Arzt oder Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut tätig zu werden, kann die Jobsharing-Zulassung erfolgen. Das heißt: Der Leistungsumfang der Praxis darf durch das Job-Sharing nicht gesteigert werden. 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 zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten (Punktzahlobergrenze), damit es in dem gesperrten Planungsbereich nicht zu einer Leistungsausweitung kommt. | Punktzahlobergrenze
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 freiberuflichen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen 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 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 in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Kassenärztliche Vereinigung (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 versorgt werden. Gemäß § 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der ihnen obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält jede KV eine Gesamtvergütung, die sie als Honorar an ihre Mitglieder verteilt. Alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer vertragsärztlichen Zulassung sind Mitglieder der KV ihrer jeweiligen Region.
Kosten	Der überwiegende Teil der abrechenbaren Leistungen wird 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-Laborärztinnen und -ärzte sowie Ermächtigte werden für den Abschnitt 32.3 EBM Laborbudgets gebildet. Die Höhe des Laborbudgets orientiert sich an der anteiligen Fallzahl der Praxis und dem KBV-Fallwert für das Laborbudget.
Morbidität	Die 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.
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)	Gemäß § 87a SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KV die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV. 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-ärztliche(r) Praxisassistent(in) (NäPa)	NäPa unterstützen hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte in der Praxis und übernehmen Haus- und Pflegeheimbesuche. Die Leistungen, die sie in der Praxis oder beim Hausbesuch durchführen können, sind in § 5 der Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 zum BMV-Ä) beschrieben. Zur Anstellung einer/eines NäPa ist eine Genehmigung der KV erforderlich. Zudem müssen NäPa über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder gemäß dem Krankenpflegegesetz verfügen.
Offene Sprechstunde	Grundversorgende und der wohnortnahen Versorgung zugehörige Fachärztinnen und -ärzte (z.B. Augenheilkunde, Chirurgie oder Gynäkologie) müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten – bei vollem Versorgungsauftrag, im Übrigen anteilig. Es werden maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle einer Praxis des aktuellen Quartals extrabudgetär vergütet. Alle weiteren offenen Sprechstunden über der Grenze von 17,5 Prozent werden budgetär vergütet, es sein denn, die Patientin bzw. der Patient wird im Rahmen einer anderen TSVG-Konstellation behandelt.
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. PZ Vorjahr | Punktwert
Punktwert	Nahezu alle Leistungen des 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 eine Ärztin oder ein Arzt bzw. eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut in der Praxis angestellt oder zugelassen, so müssen die Beteiligten vor dem Zulassungsausschuss eine Leistungsbegrenzung anerkennen, die sogenannte Punktzahlobergrenze. Diese basiert auf den Leistungen der Praxis für die vier letzten abgerechneten Quartale. Die Punktzahlobergrenze wird ab dem zweiten Leistungsjahr der Fachgruppenentwicklung angepasst.
PZ Vorjahr	In der KV RLP regelt der HVM die Budgetierung anhand eines Individualbudgets. Die Höhe des Budgets wird von den Leistungen in Punkten aus dem Vorjahresquartal bestimmt.

PZ Zuwachs	Die Abkürzung Punktzahl Zuwachs beschreibt eine mögliche Überschreitung der PZ Vorjahr.
Quartalsgleiche Wirtschaftlichkeitsprüfung	Gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot darf eine Ärztin bzw. 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 EBM je nach Art und Umfang der Behandlung alle Sachkosten, von dem Dialysegerät über Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen bis hin zu Verpflegungskosten für die Patientin oder den Patienten.
Sonstige Kostenträger	Sonstige Kostenträger ist ein Sammelbegriff für Kostenträger, die weder als Primärkasse noch als Ersatzkasse einzustufen sind. Dazu zählen zum Beispiel die Bundespolizei, Sozialhilfeträger oder die Postbeamtenkrankenkasse. Die Abrechnung der sonstigen Kostenträger erfolgt analog zu den GKV-Versicherten über die KV nach den Bestimmungen des EBM. Allerdings gelten für diese Versicherten nicht die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes wie die Mengenbegrenzungsregelung oder die Quotierung von Punktwerten.
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist Mitte Mai 2019 in Kraft getreten. Nach dem TSVG erhalten Ärztinnen und Ärzte die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in voller Höhe außerhalb der mGV vergütet, wenn der Termin durch eine Terminservicestelle vermittelt wurde. Dasselbe gilt für offene Sprechstunden, die bestimmte Facharztgruppen seit September 2019 anbieten müssen, und die Behandlung für diejenigen, die von einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu einer fachärztlichen Praxis vermittelt werden. Auch diese Fälle werden extrabudgetär vergütet. Zur Finanzierung wurde die mGV entsprechend bereinigt.
TSS-Terminfall und TSS-Akutfall	Im Arztgruppenfall werden alle Leistungen extrabudgetär vergütet für Patientinnen und Patienten, die von der Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden. Dies gilt auch für solche Leistungen, die von der betroffenen Arztgruppe bei der Patientin oder dem Patienten vor der Vermittlung als TSS-Terminfall in demselben Quartal erbracht wurden, auch wenn die Leistungen auf anderen Scheinen abgerechnet wurden. Zusätzlich gibt es Zuschläge zur Konsiliar-, Versicherten-bzw. Grundpauschale in Abhängigkeit von der Vermittlungsdauer für den TSS-Vermittlungsfall sowie-Akutfall. Für die Abrechnung des Zuschlags gibt es für jede Arztgruppe in dem jeweiligen EBM-Kapitel eine neue GOP. Die Höhe des Zuschlags (50, 30 oder 20 Prozent) kennzeichnen Sie mit dem Buchstaben A, B, C oder D.

Überschuss	Der Überschuss einer Praxis 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 Sie erhalten das zur Verfügung stehende Nettoeinkommen.
Umsatz	GKV-Umsatz
Vergütungsgruppe	Eine Vergütungsgruppe fasst Leistungen, Gebührenordnungspositionen 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. Gebührenordnungspositionen
Versorgungsbereich	Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß § 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Alle Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Hierzu gehören beispielsweise Anästhesie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Neurologie, Orthopädie, Radiologie, Urologie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapie. Zur hausärztlichen Versorgung gehören: Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, wobei die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt wurde.
Versorgungsumfang	Der Versorgungsumfang beschreibt den Versorgungsauftrag einer Ärztin oder eines Arztes bzw. einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten gemäß Bescheid des Zulassungsausschusses. Als voller Versorgungsumfang bei Angestellten gilt eine Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden pro Woche. Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduzierten Versorgungsaufträgen und alle, die nicht ein gesamtes Kalenderjahr tätig sind, werden entsprechend ihren zeitlichen Anteilen betrachtet. So ergeben zwei Ärztinnen und Ärzte bzw. zwei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit jeweils einem halben Versorgungsauftrag rechnerisch einen vollen Versorgungsauftrag. Bei Angestellten gilt die nachfolgende Klassifizierung: ■ bis zu 10 Stunden = Versorgungsumfang von 0,25 ■ 11 bis 20 Stunden = Versorgungsumfang von 0,50 ■ 21 bis 30 Stunden = Versorgungsumfang von 0,75 ■ über 30 Stunden = Versorgungsumfang von 1,00

Vertreterversammlung (VV)	Die VV ist das oberste Organ einer Kassenärztlichen Vereinigung und repräsentiert die Gemeinschaft der freiberuflichen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. An der Spitze stehen der alle sechs Jahre aus den Reihen der Mitglieder gewählte VV-Vorsitz und die Stellvertretung. Sie bereiten regelmäßig die Sitzungen der VV vor und bilden das Bindeglied zwischen Vorstand und VV. Die VV trifft alle Entscheidungen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind. Sie beschließt den Haushalt, die Satzung, den Honorarverteilungsmaßstab und andere autonome Regelungen wie die Abrechnungsordnung. Sie wählt und überwacht den hauptamtlichen Vorstand.
Vorwegleistungen	Vorwegleistung sind Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV), die aber für die Ärztin bzw. 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.
Wohnortprinzip	Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung für ihre Versicherten an die KV, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)	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.
Zielauftrag	Bei einem Zielauftrag wird eine Ärztin bzw. ein Arzt nur auf Überweisung tätig und zwar ausschließlich für Leistungen, die auf der Überweisung konkret definiert sind.