

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Abklärungsdiagnostik, gem. §12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, Abrechnung, kassenseitige, Abrechnungsgenehmigung, Abrechnungsordnung, Abrechnungsquartal, Abschlag, versorgungsspezifischer, Absetzung, rechnerische, Abschlag, Abschlagszahlung, Abstaffelung, -, fallzahlbezogene, Abstaffelungsquote, Abrechnungsfälle, Abrechnungsgenehmigung, Änderung, der Anmerkung, -, des obligaten Leistungsinhalts, Änderungsvereinbarung, Änderungsvorbehalt, Allgemeinversicherte, Altersfaktoren, Altersgruppen, Altersklassen, Anhebungsbetrag, nach §75a Abs. 1, Satz 4 SGB V, Anmerkungen, zur Gebührenordnung Anpassung, -, der Fallpunktzahlen an regionale Versorgungsstrukturen, -, rückwirkende, Anpassungsfaktor, - arztindividueller, - bundeseinheitlicher, -, nach §84 Abs. 2 SGB V, -, Neubewertung, Anpassungskriterien nach § 87 Absatz 2g SGB V, Anrechnung, Leistung auf Praxisbudget, Anteil, verbleibender aus den Einkünften aus dem auf die budgetierten Ärzte entfallenden Anteil der Gesamtvergütung des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durchschnittlichen Betriebsausgaben dieser Ärzte, je Arzt ^{2,3)}, Anteil, regionaler verbleibender aus den Einkünften aus dem aus GKV zur Verfügung stehenden und an die bereichseigenen Ärzte aus zu budgetierenden ausgeschütteten Honorar des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durchschnittlichen Betriebsausgaben dieser Ärzte, je Arzt ^{2,3)},</p>	<p>Anteil, regionaler prozentualer der in den Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 am Gesamtbedarf der betreffenden Arztgruppe ^{2,3)} Antrag, auf Zusatzbudget, Anzahlstatistik, erweiterte, Apparatgemeinschaft, Apothekenrabatt, Arbeitszeitregelung, flexible des Arbeitsunfähigen, Arzneimittelrichtgröße, Arzneimittelrichtgrößenprüfung, Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV), Arztbezug, Arztfall, Arztgruppen, Arztgruppentöpfe, Arztlohn, kalkulatorischer, Arztnummer, Arzt-Patient-Kontakt, Ärzte, angestellte, Ärzte, ermächtigte, Aufhebung, der Beschlüsse zum Bundesmantelvertrag, Aufsatzwerte, für den Behandlungsbedarf, -, kassenspezifische, Aufschlag, bei Gemeinschafts- praxen, Aufsatzwerte, kassenspezifische, - Anpassung, Aufsatzzeitraum, Aufteilungsschlüssel, der Leistungsmenge, Auftragsleistungen, -, kurativ-ambulante, Aufwandsersatzungen, Ausdeckung - antrags- und genehmigungs- pflichtiger Leistungen, - aus der Gesamtvergütung, Ausgabenneutralität, Ausgabenvolumina, -, regionale des Jahres, Ausgleichszahlungen, befristete, Ausnahmeereignisse, Ausnahmesachverhalt, Ausnahmetatbestand vom Verordnungsausschluss, Aussetzungsfrist, Auswertungen für die GAmSi, Auszahlpunktwert, Prävention, -, , Praxisnetz, -, , Primärkassen -, , individueller, Bagatellgrenze, Basisjahr, Bedarfsplanungs-Richtlinie,</p>	<p>Begrenzungsregelungen, honorarwirksame, Befundung von Untersuchungsergebnissen, Begründung, von Mehrfachvisiten, Behandlung, schwerpunktübergreifende, Behandlungsausweise, Behandlungsbedarf, -, bereinigter, - in Punkten je Krankenkasse, - je historischem Versicherten, - kassenspezifischer, -, vereinbarter morbiditätsbedingter, Behandlungsdaten, Behandlungsdiagnosen, vertragsärztliche, Behandlungsfall, budgetrelevanter, Behandlungsfälle -, belegärztliche - kennnummerngekennzeichnete, -, kurativ-ambulante -, durchschnittliche Anzahl der kurativ-ambulanten des Jahres 1995 der betreffenden Arztgruppe, je Arzt Behandlungskomplexe, postoperativ, Behandlungsprogramm, strukturiertes, Belegärztliche Tätigkeit, Belegstation, Beratungs- und Betreuungsg- Grundleistungen, - hausärztliche, - fachübergreifende, Beratungsleistungen, Beratungsmehraufwand, Berechnungsausschlüsse, analoge, Berechnungsfähigkeit, Berechtigung, zur Abrechnung, Bereinigung, -, des arzt- u. praxisbezogenen Regelleistungsvolumens, -, des Behandlungsbedarfs, -, morbiditätsbedingter Gesamtvergütung, Bereinigungsbeträge, Bereinigungsdaten, Bereinigungsverfahren, -, deklaratorisches, -, Doppelbereinigung, -, fallzahlbezogene, -, Mehrfachbereinigung, Bereinigungsvolumen, arztbezogenes, Bereitschaftspauschale, zum Fallwert Berichtspflicht, Berufsausübungsgemeinschaft, standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche</p>
--	---	--

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt Ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Beschluss, jeweils gültiger des (Erweiterten) Bewertungsausschusses, Besonderheiten, regionale, - der Kosten- und Versorgungsstruktur, Bestandteil, basiswirksamer der Kopfpauschalen, Besuche, fachärztliche, Besuchsleistungen, Besuchszeiten, Betreuungsstrukturverträge, Betriebsstätte, Betriebsstättenfall, Betriebsstättennummer, Betreuung, ambulante operative, Betreuung, tagesklinische Betreuungsgrundleistungen, Bewertungsausschluß, Bewertungsausschuss, erweiterter Bewertungsmaßstab, einheitlicher (EBM), Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ), Bewertungsrelationen, Bezeichnungen: Gebietsbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen, Bonus, Brückentage, des Arbeitsunfähigen, BSG-Urteile, Budget, Budget der Betriebskrankenkassen, Budget der Innungskrankenkassen, Budget der AOK, Budgetaufschlag, Budgetermittlung für Primärkassen, Budgetüberschreitung, Budgetverdopplung, Bundesbehandlungsscheine, Bundesländer, alte, -, neue, Bundesmantelvertrag, Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), DDD-Volumen, Definitionsauftrag, Demographieindex, Diagnosen, AU-begründende, Dialysesachkosten, Dienste, flankierende, Differenz, zwischen dem durchschnittlichen Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe und dem des Vertragsarztes multipliziert mit der Fallzahl des Vertragsarztes, Differenzbereinigungsmengen, Dokumentationsbogen, Doppelbereinigung von Leistungen, Doppelfinanzierungen, Durchführung, überbezirkliche, Durchschnittspunktwert, rechnerischer aus GKV des Jahres 1994</p>	<p>in Höhe von 9.10 Dpf. für das Vertragsgebiet West bzw. 7,49 für das Vertragsgebiet Ost ¹⁾, Eigenleistungen, Eingriffe, mengenanfällige planbare, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Einmalerhöhungen, sockelwirksame, Einrichtungen, beschützende, Einzelfallnachweis, Einzelleistungen, Einzelleistung, außerhalb der Kopfpauschale, Einzelleistungsabrechnung, Einzelleistungsvergütung, Endbescheinigung, Erbringen, wirtschaftliche, Erklärung, mitwirkender Arzt über Vereinbarung alleiniger Abrechnung, Ermächtigung, Krankenhausärzte, Ersatzbescheinigung, Ersatzkassen, Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO), Erstbescheinigung, Erstattungsansprüche, wegen Überzahlung, Euro-Gebührenordnung, EWR/CH-Fall, Facharztspauschale, Fachgruppendurchschnitt, Fachgruppenleistungen, Fachgruppenpunktwerte, Fachgruppenquote, Fachkunde, Fachkundenachweise, Faktor, KV-spezifischer, Fälle: Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall, Reproduktionsfall, Fallkennzeichen A, K, M, Fallzahl der Arztpraxis, -, eines zurückliegenden Abrechnungsquartales, Fallpunktzahl (FPZ), -, Absenkung, -, Abstaffelung, -, Abweichung über alle -, Versicherte, -, Anhebung, -, arztgruppenbezogene -, Aufspaltung nach Nr. 1.5 für Versicherte, -, nach Versichertengruppen, -, je Behandlungsfall, -, nach Ordnungsnummern, -, der Praxis, -, regionale, -, für Rentner,</p>	<p>Fallpunktzahlen, differenzierte auf der Basis einer von der KBV vorgenommenen, für das Bundesgebiet repräsentativen Zusammenführung entsprechender Daten ³⁾, Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - arztindividueller Vergleichs-RLV-Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - arztpraxisspezifischer, - im Folgequartal, - KV-spezifischer, - oberer begrenzender, - unterer begrenzender, Fallwertfaktor, Fallwertverlust, Fallwertzuschlag, Fallzahl, budgetrelevante, - ambulante, - außerhalb Budget, - der Arztgruppe, Fallzahlbereiche, A, B, C, Fallzahldurchschnitt lt. EBM (regionale Berechnung - kurativ-ambulante Behandlungsfälle der Praxis ²⁾), Fallzahlsteigerungen, Fälle, - Behandlungsfall, - Krankheitsfall, - Betriebsstättenfall, Fälle, budgetrelevante, -, Zahl der budgetrelevanten gem. Nr. 1.4. der Quartale des Jahres 1996, -, belegärztliche, -, bonusrelevante, -, kurativ-stationäre, Fälle, selektivvertragliche, Feiertagsgebühren, Finanzvolumen, Folgebescheinigung, Folgequartale, Förderungswürdige Leistungen und Komplexe, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenzahlungsausgleichsvolumen, Fristverlängerung, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Frühbehandlungsstrukturvertrag, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern, Gebietsbezeichnung Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte, Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene, Gemeinschaften, soziale, Gemeinschaftspraxen, Genehmigung, der Kassenärztlichen Vereinigung,</p>
---	---	--

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt Ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung. Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Genehmigungsverfahren, der Krankenkasse bei Verordnung, Gerätenachweise, Gesamtleistungsbedarf, Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 1, 2) Gesamtvergütung, - budgetierte, - kassenübergreifende, - morbiditätsbedingte, - pauschalierte, - unbereinigte, - zutreffende, Gesamtvergütungssumme, Gesamtverträge, Gesamtvertragspartner, Geschlechtsgruppen, GKV-Punktwert, rechnerischer, bundesdurchschnittlicher Punktwert des Jahres 1994, Gesamtpunktzahl, Gesamtpunktzahlen, arztgruppen- bezogene begrenzte, Gesamtpunktzahlanforderung, Gesamtvergütung, kassenübergreifende, morbiditätsbedingte, morbiditätsorientierte, trennungsrelevante, Gesamtverträge, Gesamtvertragsvereinbarungen, Gesprächsdauer, Gesundheitsuntersuchungs- Richtlinie, Grenzfallzahl, Grenzwerte, arztgruppenspezifische, Großgeräte-Leistungen, Grundbeträge nach §3 Nr. 1–6 HVM, Grundgebühr, Nr. 3450 EBM, Grundleistungen, Grundlohnsumme, Grundlohnsummensteigerung, Grundpauschale, Grundvergütung, -, hausärztliche, -, fachärztliche, Grundversorgung, hausärztliche, fachärztliche, Grundversorgungsfälle, Gruppen, sonstige, Gruppenbehandlungen, Gründe, entscheidungserhebliche, Häufigkeit, der Abrechnung be- handlungsfallbezogener Leistung, Hausarzt, Hausbesuche, Förderung der Hilfen, sonstige, - nichtärztliche,</p>	<p>Hilfsmittel, Höchstwert, für Laborgemein- schaften, Home-Care-Stützung, Honorar, quotiertes, Honorarfestsetzungsbescheid, Honorargutschrift, Honorarkorrekturen, nachträgliche, Honoraruntergruppe, Honorarvergütung, Honorarverluste, arztgruppenspezifische, überproportionale, Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Honorarverteilungsquote, Honorarverteilungsvertrag, Honorarvertrag, Honorarvolumen, Höchstpunktzahlen, Höchstwert, HzV-Vertrag, ICD, ICD-10-GM vollständiges komprimiertes Modell IGeL-Leistungen, Impfungen, Impfleistungen der EK'n, Impfvereinbarungen, Indexpatient, Indikationsauftrag, Indikationskriterien, Individualbudget, Inhalte, abrechnungsrelevante, Institutsambulanzen, geriatrische, Interpretationsbeschlüsse, Investitionskostenabschluss, Istumsatz, durchschnittlicher, mit der Arztlzahl gewichteter, Job-Sharing, Juniorpartner, Jungpraxen, Jugendgesundheitsunter- suchungen, Kalkulationsmodell, Kalkulationspunktwert, Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene, Kappungsgrenze, zeitbezogene, Kassen, laborbudgetrelevante, Katalog, förderungswürdiger ambulanter Operationen, Kataloglegende, Kennzeichnungspflicht, Kennziffer, Klammerfälle, Klassifikationsmodell, gemäß 309. Sitzung des Bewertungsausschusses, KM6-Alters- und Geschlechts- klasse, Kollektivvertrag, Komponente, demographische, Kooperationsgrad, KO-Leistungen, hausärztliche,</p>	<p>Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale, Konsiliaruntersuchung, Konsultationsgebühr, Konsultationspauschale, Konvergenzregel, Kooperationsgrad, Kopfpauschale, Korrekturlieferungen, Korrekturverfahren, Korrekturvorbereit, Kosten, von Praxen je Praxisinhaber, Kostendaten, Kostenerstattung, Kostenträger, sonstige, Kostenpauschale, Kostensatz, bundesdurch- schriftlicher arztgruppenbe- zogener prozentualer des Jahres, Krankengeldfall, potentieller, Krankenhausärzte, ermächtigte, Krankheitsfall, Krankheitsausfälle, Krankheitsvertretung, Kriterien, des Deutschen Konsortiums, Laborbonus, Laborgrundgebühr, Laborpunkte, - zu vergütende, Laborwirtschaftlichkeitsbonus, Langzeittherapie, Leitsubstanzen, Leitsubstanzquote, Leistungen, - abgerechnete, - allgemeine, - antrags- und genehmigungs- pflichtige, - besonders förderungswürdige, - der Fachgruppe, - gebietsbezogene, - indikationsbezogene, - krankenhausvermeidende, - kurativ-ambulante, - des ambulanten Operierens, - materialbezogene, - nicht gesondert berechnungs- fähige Punktzahl, - Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungsbedarf -, anerkannter, -, arztgruppenspezifischer, -, belegärztlicher, -, budgetärer, -, extrabudgetärer, -, im Regelleistungsvolumen, -, in Punkten, -, über Regelleistungsvolumen, Leistungsbedarfsfaktor,</p>
---	--	--

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt Ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Leistungsbedarfsfallwert, arztgruppenspezifischer, Leistungsbedarfsanteil, Leistungsbegrenzungen, Leistungsbeschreibung, Leistungsdefinitionen, Leistungserbringer, weitere Leistungsinhalte, - obligate, - fakultative, Leistungsgruppen, Leistungskatalog, Leistungskomplexe, Leistungslegende, Leistungslegendierung, Leistungsmenge, -, angepasste je Versicherten, -, indikationsspezifische historische je Patient, Leistungsmengenenentwicklung, Leistungspositionen, Leistungsstruktur, Leistungsumfang, Leitsubstanzen, Leitsubstanzquote, Löschung, vollständige, Malus, Mammographie-Screening, Maßnahmen, mengenbegrenzende, Medizinisches Versorgungs- Zentrum (MVZ), Mengenentwicklung, der Leistungen in Punkten, Minderausgaben, Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fall- punktzahlen, Mittelwert, arithmetischer der Ordinationsgebühren der aufgeführten Arztgruppen ³⁾, Mindestkontakte, Mindestpunktwert, -, Psychotherapie Mindestpunktzahlen, Mitbehandlung, Morbidity, - kassenspezifische, Morbidityindizes, Morbiditystruktur, nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Morbidityveränderungen, MRT-Punkte, Mutterschaftsvorsorge, Mutterschafts-Richtlinien, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses, Nachschusspflicht, der Krankenkassen, Nachvergütung, Nachtgebühr, Nebenbestimmung, zum Honorarbescheid, Nebenbetriebsstätte,</p>	<p>Nebeneinanderberechnung, Nebeneinanderberechtigungs- ausschlüsse, Neufestsetzung, nachträgliche des Honoraranspruchs, Neupraxen, Nichtbeanstandung durch BMG, Notfallärzte, Notfalldienst, organisierter, Notfallkonsultationspauschale I und II, Notfallleistungen, Notfallordinationsgebühr, Notfallvergütung, ambulante, Operationen, förderungswürdige, Operative ambulante Leistungen, Operationenschlüssel, OPS, Ordinationsgebühr, Ordinationskomplex, organisierter Notdienst, Orientierungspunktwert, - bundeseinheitlicher, - gemäß § 87 Abs. 2e SGB V, OIII-Leistungen, Palliativversorgung, spezialisierte ambulante Parallelentwicklungen, Patientenzahl der Fachgruppe, Pauschale, Vor- und Nachbetreuungs- Pauschalerstattung, Pauschale, Versichertenpauschale, Grundpauschale, Notfallpauschale, Konsiliarpauschale, Personen, auftragsversorgte, , betreute, Personengruppe, besondere, Planungsbereiche, Planungsbezirke, Plausibilitätskontrolle, Plausibilitätsprüfung, Präventionen, Prävention und Methadon, Praxisassistenten, nichtärztliche, Praxisnetze, Vergütungsregeln, -, Förderungen, Praxisbesonderheiten, Praxisbudget, Praxisfallpunktzahlen, Praxisnetze, anerkannte, Praxisstutz, Praxisstruktur, Präambel zum Gebührenordnungs- abschnitt, Präsenzpflicht, Preis, abgestaffelter, Probenuntersuchungen, Profil, Tages-, Quartalsprofil, Protokoll, Zu- und Absetzungen, Protokollnotiz,</p>	<p>Protokollnotiz, zur Änderung des Beschlusses, Prozedurenklassifikation, Prozedurenschlüssel, Primärkassen, Prüfgremien, Prüfvereinbarungen, Prüfzeit, Prüfzeiträume, Pseudo-Ziffer, Pseudonymisierungsverfahren, Punkte, anerkannte, -, „grüne“, -, „rote“, , einvernehmlich festgestellte, Punktmengenneutralität, Punktvolumen, Punktwert, Punktwert, arztindividueller, -, bundeseinheitlicher, -, kalkulatorischer, -, praxisindividueller, -, quotierter, - regionaler, Punktwertdifferenz, Punktwerte, abgestaffelte, Punktwertermengen, -, ausgedeckelte, -, eingedeckelte, Punktwertzuschläge, Punktzahl, je Fall des 1. Halbjahres 1996 aus budgetierten Leistungen für Versicherte mit Status M/F, Punktzahl, je Fall des 1. Halbjahres 1996 aus budgetierten Leistun- gen für Versicherte mit Status R, Punktzahl, je Fall des 1. Halbjahres 1996 aus budgetierten Leistun- gen über alle Versicherten, Punktzahlanforderungen, der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen der jeweiligen Zusatz- budgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996²⁾, Punktzahlgrenzwerte, Punktzahlgrenzvolumen, Punktzahlobergrenze, Punktzahlvolumen, -, gemäß Abschnitt II, unter Verwendung der Stellgrößen, Qualifikationsnachweis, Qualifikationsvoraussetzungen, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätssicherungsregelung, ambulanter Operationen, Qualitätssicherungsvereinbarung, Qualitätszuschläge, Quartalsbezug, Quartalsgrenze,</p>
--	--	---

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

Quartalspunktwerte,	Risikoklassen,	Übermittlungskosten,
Quartalsquote,	Risikopersonen,	Überprüfung der Indikation,
Quartalssaldo,	Routinedaten, anonymisierte und	Überschreitung OIII,
Quittung,	Aggregierte,	Übersorgung,
Q1.4-Punkte,	Rückbereinigungsbeträge,	Überwachungskomplexe,
Quote, für Fallpunktzahl,	für Rückkehrer in Selektivvertrag,	postoperativ,
Quote „Q“,	Rückforderung,	Überweisungsfälle,
Quotierung,	Rückstellungen, zweckgebundene,	Uhrzeitangabe,
QZV, arztindividuelles,	- , aus positivem Quartalsaldo,	Ultraschall-Vereinbarung,
- -Nummer,	Rundungsdifferenzen,	Umrechnungsfaktor, für Labor-
Rabattverträge,	Sachkosten,	leistungen,
Rahmenvertrag,	Schaden, sonstiger,	Umsatz, durchschnittlicher des
Rahmenvorgaben,	Schätzverfahren,	Jahres 1994 der betreffenden
Reanimationskomplex,	Scheinkennzeichen C und L,	Fachgruppe in DM, je Arzt 1),
Rechnungszusammenstellung,	Schlichtungsstelle,	Umsatz, regionaler durchschnitt-
Referenzfallwert,	Schutzimpfungen,	licher des Jahres 1994 der
Regelversorgung,	Schwerpunktsbezeichnung,	betreffenden Fachgruppe in
Regelwerke,	Selektivverträge,	DM, je Arzt 1),
Regelarbeitszeiten,	Selektivvertragliche Teilnahme,	Umsatz, belegärztlicher,
Regelfall,	Seniorpartner,	- Vergleichsarztgruppe,
Regelleistungsvolumen,	Sicherstellung, besonderer	Umsatzsteuer
- arztindividuelles,	Versorgungsbedarf,	-pflichtige Leistungen,
- arzt- u. praxisbezogenes nach	Sicherstellungsaufgaben,	-freie Leistungen,
§78b Abs. 2 und 3 SGB V,	Soll-Umsatz,	Universitätspolikliniken,
-Berechnung,	Soll-Leistungsbedarf,	Unterversorgung,
-Fallwert der Arztgruppe,	Sonderausgabenvolumen,	Untergruppe der Ärzte mit unter-
-Facharztquote,	Sonderbedarfsfeststellung,	durchschnittlichen Punktzahl-
-Hausarztquote,	Sonderkostenträger,	wert aus Leistungen des Zusatz-
-Quartalsquote,	Sonderverträge, regionale,	budgets 1),
-Restvolumen,	Sonstige Hilfen,	Untersuchungskomplex, prä-
-Systematik,	Sozialgerichtsgesetz,	operativer hausärztlicher,
-Transparenzdaten,	Standardbewertungssystem,	Unterversorgung,
Regelwerke der KVEn,	Standardbewertungssystem,	Urlaubsvertretung,
Regress,	Steigerungsrate, höchstzulässige,	Veränderungsrate
Relativgewicht,	Streuweite einer niedrigen Zahl	- , diagnosebezogene Komponente,
Relativgewichtssumme,	der für das Zusatzbudget berech-	- , bundesdurchschnittliche,
je Versicherten	tigten Ärzte 1)	- , auf Grundlage vertragsärztlicher
Rentner,	Strukturfonds,	Behandlungsdiagnosen,
Restbereinigungsbetrag, aufgrund	Strukturpauschale, hausärztliche,	- vom Bewertungsausschuss
spezialfachärztlicher Versorgung,	Strukturverträge,	empfohlene,
Restpunktwerte,	Stützpunktwerte, Stressecho- und	Vereinbarung, Änderungs-,
Restvolumen, je Teilnehmer aus	Katheteruntersuchungen,	Ergänzungs-, Verlängerungs-
der RLV-Berechnung,	Stützungen, für Hausbesuche und	Vergleichsbetrag,
Richtgrößen,	gastroenterologische Leistungen,	Vergleichsgröße,
der Fachgruppe,	Substitutionsbehandlung,	Vergleichsgruppe,
Richtgrößensumme,	Summenstatistik,	Vergleichsertrag,
Richtgrößenvolumen,	Tätigkeitsumfang,	Vergleichszeiträume,
Richtigstellung, sachlich-	Teilberufsausübungsgemeinschaft,	Vergütung, hausärztliche,
rechnerische,	Teilbudget, für belegärztliche	- , veranlasserbezogene,
Richtlinien des Bundesaus-	Tätigkeit,	Vergütungsanteile, hausärztliche
schusses der Ärzte und	- , gem. HVM	- , fachärztliche,
Krankenkassen,	- , krankenhausersetzender	Vergütungsbereich,
Richtlinien gem. § 135 Abs. 2	Operationen,	arztgruppenspezifischer,
SGB V,	- , übriger ambulanter Operationen,	Vergütungsvereinbarung,
Richtlinien:	Teilleistungen,	Vergütungsvereinbarung,
- , Psychotherapie,	Teilleistungen, ärztliche	Vergütungsvolumen,
- , Mutterschaft,	Teilradiologie,	für abgestaffelte Preise,
- , über künstliche	Teilvergütungsvolumina,	versorgungsbereichsspezifisch,
Befruchtung,	gemäß § 7Abs.1 Nr. 1und 2 HVM,	Verhandlungsergebnis, zum
- , Krebsfrüherkennung,	Transcodierungstabelle,	Honorarvertrag,
- , Gesundheitsuntersuchungen,	Trennungsfaktoren,	Verlagerungseffekte,
- , des gemeinsamen Bundes-	Überführung, von Leistungen,	Verlangen, besonderes der
ausschusses,	Überführungstermin,	Krankenkassen,

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt Ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Verordnungsausschluss, Verordnungsbedarfe, bundesweite besondere, Verordnungsfähigkeit, Verordnungshöchstkosten, Verordnungshöchstquote, Verordnungskosten, -, neu zugelassener Arzneimittel, -, richtgrößenrelevante, -, betriebsstättenbezogene, Verordnungshöchstquoten, Verordnungskostensumme, Verpflichtung, berufsrechtliche, zur Beschränkung auf das Fachgebiet, Verordnungsweise, Verrechnung, Über- oder Unter- schreitung Zusatzbudget, Versichertengruppe M, A, R, Versichertenpauschale, hausärztliche, Versichertenzahlen, Versorgung - besondere nach §§ 73c und 140, - geriatrische, - hausarztzentrierte, - integrierte, - palliativ-medizinische, - spezialfachärztliche, - vertragsärztliche überbezirkliche, Versorgungsalternativen, Versorgungsauftrag, Versorgungsbereich, - hausärztlicher, - fachärztlicher, Versorgungsformen, - sektorübergreifende, Versorgungsgrad, Versorgungsleiden, Versorgungsnetzwerke, Versorgungsmodelle, hausärztliche, - Integrierte Versorgung, Versorgungsquote, Versorgungsmaß, Versorgungszeitraum, der Erstversorgung,</p>	<p>Versorgungszentrum, medizinisches, Verteilungsvolumen, arztgruppenspezifisches, versorgungsbereichsspezifisches, Vertragliche Anmerkung, Vertragsärzte, - delegierende, Vertragsarztsitz, Vertragsgebiet, Vertragstherapeuten, Verwaltungsgebühr, Verwaltungskomplex, Verwaltungskosten, Verwaltungskostenumlage, Verweilen, Verzeichnis, nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen, Vorbehalt, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Vorhaltung, versorgungsbereichsspezifische, Vorjahresabrechnungsquartal, Vorwegabzüge, Wachstumsmöglichkeiten, unterdurchschnittlicher Praxen, Wegebereich, Wegekosten, Wegepauschale, Weiterbehandlung, Weiterüberweisung, Wertigkeit, der GOP, Wertstellung, Widerspruchsbearbeitung, Wiedereingliederung, stufenweise, Wirtschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeitsbonus, Wirtschaftlichkeitsfaktor, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Wirtschaftlichkeitsreserven, Wochenendgebühren, Wochenpauschalen, Wohnort im KV-Bereich, Wohnortprinzip, Wunschleistungen, Zahlungsaufforderung,</p>	<p>Zeitaufwand, des Vertrags- arztes, Zertifizierung, Zielvereinbarungen, Zulassungsausschuss, Zulassungsbescheid, Zulassungsstatus, Zusatzbezeichnung, Berechti- gung zum Führen, Zusatzbudget, Repromedizin, -, qualifikationsabhängiges, Zusatzbudgetüberschreitung, Verrechnungspotential, Zuschlag, quotierter zum Vergütungsanteil, Zuschlag, versorgungsspezifischer, Zuschläge - , zu ambulanten Operationen, - , zur Gebührenordnungsposition, - , zur Grundversorgung, - , zu Hausbesuchen, - , für Röntgenleistungen, - , nach Quotierung, Zuschlagkataloge, Zuschlagziffern, Zusatzbudgets, bedarfsabhängige, -, für Gemeinschaftspraxen, -, gebietsbezogene, -, qualifikationsbezogene, -, fallzahlabhängige, -, Erweiterung auf Antrag, Zusatzbudget-Nr. der KV-Datenbank ¹⁾ Zusatzpauschale, Zusatzvergütung, Zusatzvereinbarungen, auf Bundes- und Landesebene, Zusatzvolumen, qualitätsgebundenes, Zuschlag zur Gebührenordnungs- position, Zusetzung, lt. Gebührenordnung, Zuweisung, Zuwendungszeit, Zuzahlung, ambulante Behandlung, - , gesamt, Zweigpraxis.</p>
---	---	--

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.