

**Die neue HONORAR-Berechnung:  
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

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 <sup>2,3)</sup>, 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 <sup>2,3)</sup>,</p>	<p>Anteil, regionaler prozentualer der in den Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 am Gesamtbedarf der betreffenden Arztgruppe <sup>2,3)</sup> 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 Gemeinschaftspraxen, Aufsatzwerte, kassenspezifische, - Anpassung, Aufsatzzeitraum, Auftragsleistungen, -, kurativ-ambulante, Aufwandsersatzungen, Ausdeckelung - antrags- und genehmigungspflichtiger 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 -, kurativ-ambulante -, durchschnittliche Anzahl der kurativ-ambulanten des Jahres 1995 der betreffenden Arztgruppe, je Arzt Behandlungskomplexe, postoperativ, Belegärztliche Tätigkeit, Belegstation, Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen, - 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 Beschluss, jeweils gültiger des (Erweiterten) Bewertungsausschlusses,</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 HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

oder  
oder  
und

**Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes**

<p>Besonderheiten, regionale, - der Kosten- und Versorgungsstruktur, Bestandteil, basiswirksamer der Kopfpauschalen, Besuchsleistungen, Besuchszeiten, 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 durch- schnittlichen Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe und dem des Vertragsarztes multipliziert mit der Fallzahl des Vertrags- arztes, Differenzbereinigungsmengen, Dokumentationsbogen, Doppelbereinigung von Leistungen, Doppelfinanzierungen, Durchführung, überbezirkliche, Durchschnittspunktwert, rechne- rischer aus GKV des Jahres 1994 in Höhe von 9.10 Dpf. für das Vertragsgebiet West bzw. 7,49 für das Vertragsgebiet Ost <sup>1)</sup>, Eigenleistungen,</p>	<p>Eingriffe, mengenanfällige planbare, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Einmalerhöhungen, socketwirksame, Einrichtungen, beschützende, Einzelfallnachweis, Einzelleistungen, Einzelleistung, außerhalb der Kopfpauschale, Einzelleistungsabrechnung, Einzelleistungsvergütung, Endbescheinigung, Erbringen, wirtschaftliche, Erklärung, mitwirkender Arzt über Vereinbarung alleiniger Abrech- nung, Ermächtigung, Krankenhausärzte, Ersatzbescheinigung, Ersatzkassen, Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO), Erstbescheinigung, Erstattungsansprüche, wegen Überzahlung, Euro-Gebührenordnung, EWR/CH-Fall, 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, Fallpunktzahlen, differenzierte auf der Basis einer von der KBV vor- genommenen, für das Bundesge- biet repräsentativen Zusammen-</p>	<p>führung entsprechender Daten <sup>3)</sup>, Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - arztindividueller Vergleichs-RLV- Fallwert, - KV-spezifischer, Fallwertfaktor, Fallwertverlust, Fallwertzuschlag, Fallzahl, budgetrelevante, - ambulante, - außerhalb Budget, - der Arztgruppe, Fallzahlbereiche, A, B, C, Fallzahldurchschnitt lt. EBM (regionale Berechnung - kurativ- ambulante Behandlungsfälle der Praxis <sup>2)</sup>), Fallzahlsteigerungen, Fälle, budgetrelevante, -, Zahl der budgetrelevanten gem. Nr. 1.4. der Quartale des Jahres 1996, -, belegärztliche, -, bonusrelevante, -, kurativ-stationäre, Fälle, - Behandlungsfall, - Krankheitsfall, - Betriebsstättenfall, Feiertagsgebühren, Finanzvolumen, Folgebescheinigung, Folgequartale, Förderungswürdige Leistungen und Komplexe, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenzahlungsausgleichs- volumen, Fristverlängerung, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Frühbehandlungsstrukturvertrag, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern, Gebietsbezeichnung Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte, Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene, Gemeinschaften, soziale, Gemeinschaftspraxen, Genehmigung, der Kassenärztli- chen Vereinigung, Genehmigungsverfahren, der Krankenkasse bei Verordnung, Gerätenachweise, Gesamtleistungsbedarf, Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 <sup>1, 2)</sup></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 HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

oder  
oder  
und

**Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes**

<p>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, 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, Hilfsmittel, Höchstwert, für Laborgemein- schaften, Home-Care-Stützung, Honorar, quotiertes, Honorarfestsetzungsbescheid, Honorargutschrift, Honorarkorrekturen, nachträgliche, Honoraruntergruppe, Honorarvergütung,</p>	<p>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, Investitionskostenabschlag, 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, Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale, Konsiliaruntersuchung, Konsultationsgebühr, Konsultationspauschale, Konvergenzregel, Kooperationsgrad, Kopfpauschale, Korrekturverfahren,</p>	<p>Korrekturvorbehalt, Kosten, von Praxen je Praxisinhaber, Kostendaten, Kostenerstattung, Kostenträger, sonstige, Kostenpauschale, Kostensatz, bundesdurch- schnittlicher arztgruppenbe- zogener prozentualer des Jahres, Krankengeldfall, potentieller, Krankenhausärzte, ermächtigte, Krankheitsfall, Krankheitsausfälle, Krankheitsvertretung, Kriterien, des Deutschen Konsortiums, Laborbonus, Laborgrundgebühr, Laborpunkte, - zu vergütende, Laborwirtschaftlichkeitsbonus, Langzeittherapie, Leitsubstanzen, Leistungen, „Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger“ - abgerechnete, - antrags- und genehmigungs- pflichtige, - besonders förderungswürdige, - gebietsbezogene, - indikationsbezogene, - krankenhausvermeidende, - kurativ-ambulante, - des ambulanten Operierens, - materialbezogene, Leistungen, nicht gesondert berechnungsfähige Punktzahl, der Fachgruppe, Leistungsbedarf -, anerkannter, -, arztgruppenspezifischer, -, belegärztlicher, -, budgetärer, -, extrabudgetärer, -, im Regelleistungsvolumen, -, in Punkten, -, über Regelleistungsvolumen, Leistungsbedarfsfaktor, Leistungsbedarfsfallwert, arztgruppenspezifischer, Leistungsbedarfsanteil, Leistungsbegrenzungen, Leistungsbeschreibung, Leistungsdefinitionen, Leistungserbringer, weitere Leistungsinhalte, - obligate, - fakultative, Leistungsgruppen,</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 HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

oder  
oder  
und

**Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes**

<p>Leistungskatalog, Leistungskomplexe, Leistungslegende, Leistungslegendierung, Leistungsmenge, -, angepasste je Versicherten, -, indikationsspezifische historische je Patient, Leistungsmengenentwicklung, Leistungspositionen, Leistungsstruktur, Leistungsumfang, Leitsubstanzen, Leitsubstanzquote, Löschung, vollständige, Malus, Mammographie-Screening, Maßnahmen, mengenbegrenzende, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Mengenentwicklung, der Leistungen in Punkten, Minderausgaben, Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen, Mittelwert, arithmetischer der Ordinationsgebühren der aufgeführten Arztgruppen <sup>3)</sup>, 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, Nebeneinanderberechnung, Nebeneinanderberechtigungs-ausschlüsse, Neufestsetzung, nachträgliche des Honoraranspruchs, Neupraxen, Nichtbeanstandung durch BMG, Notfallärzte, Notfalldienst, organisierter, Notfallkonsultationspauschale I und II,</p>	<p>Notfalleleistungen, 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 Gebührenordnungsabschnitt, Präsenzpflicht, Preis, abgestaffelter, Probenuntersuchungen, Profil, Tages-, Quartalsprofil, Protokoll, Zu- und Absetzungen, Protokollnotiz, Protokollnotiz, zur Änderung des Beschlusses, Prozedurenklassifikation, Prozedurenstutz, Primärkassen, Prüfgremien, Prüfvereinbarungen, Prüfzeit, Prüfzeiträume, Pseudo-Ziffer, Pseudonymisierungsverfahren,</p>	<p>Punkte, anerkannte, -, „grüne“, -, „rote“, , einvernehmlich festgestellte, Punktmengenneutralität, Punktvolumen, Punktwert, Punktwert, arztindividueller, -, bundeseinheitlicher, -, kalkulatorischer, -, praxisindividueller, -, quotierter, - regionaler, Punktwertdifferenz, Punktwerte, abgestaffelte, Punktwertmengen, -, 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 Leistungen für Versicherte mit Status R, Punktzahl, je Fall des 1. Halbjahres 1996 aus budgetierten Leistungen über alle Versicherten, Punktzahlanforderungen, der für ein Zusatzbudget berechtigten Ärzte einer Arztgruppe aus den Leistungen der jeweiligen Zusatzbudgets der ersten beiden Quartale des Jahres 1996<sup>2)</sup>, Punktzahlgrenzwerte, Punktzahlgrenzvolumen, Punktzahlobergrenze, Punktzahlvolumen, -, gemäß Abschnitt II, unter Verwendung der Stellgrößen, Qualifikationsnachweis, Qualifikationsvoraussetzungen, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätssicherungsregelung, ambulanter Operationen, Qualitätssicherungsvereinbarung, Qualitätszuschläge, Quartalsbezug, Quartalsgrenze, Quartalspunktwerte, Quartalsquote, Quittung, Q1.4-Punkte, Quote, für Fallpunktzahl, Quote „Q“, Quotierung, QZV, arztindividuelles, - -Nummer, Rabattverträge, Rahmenvertrag, Rahmenvorgaben,</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 HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

oder  
oder  
und

**Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes**

Reanimationskomplex,  
Rechnungszusammenstellung,  
Referenzfallwert,  
Regelversorgung,  
Regelwerke,  
Regelarbeitszeiten,  
Regelfall,  
Regelleistungsvolumen,  
- -arztindividuelles,  
- -arzt- u. praxisbezogenes nach §78b Abs. 2 und 3 SGB V,  
- -Berechnung,  
- -Fallwert der Arztgruppe,  
- -Facharztquote,  
- -Hausarztquote,  
- -Quartalsquote,  
- -Restvolumen,  
- -Systematik,  
- -Transparenzdaten,  
Regelwerke der KVen,  
Regress,  
Relativgewicht,  
Relativgewichtssumme, je Versicherten  
Rentner,  
Restbereinigungsbetrag, aufgrund spezialfachärztlicher Versorgung,  
Restpunktwerte,  
Restvolumen, je Teilnehmer aus der RLV-Berechnung,  
Richtgrößen, der Fachgruppe,  
Richtgrößensumme,  
Richtgrößenvolumen,  
Richtigstellung, sachlich-rechnerische,  
Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,  
Richtlinien gem. § 135 Abs. 2 SGB V,  
Richtlinien:  
-, Psychotherapie,  
-, Mutterschaft,  
-, über künstliche Befruchtung,  
-, Krebsfrüherkennung,  
-, Gesundheitsuntersuchungen,  
-, des gemeinsamen Bundesausschusses,  
Risikoklassen,  
Risikopersonen,  
Routinedaten, anonymisierte und Aggregierte,  
Rückbereinigungsbeträge, für Rückkehrer in Selektivvertrag,  
Rückforderung,  
Rückstellungen,  
Rundungsdifferenzen,  
Sachkosten,  
Schaden, sonstiger,  
Schätzverfahren,

Scheinkennzeichen C und L,  
Schlichtungsstelle,  
Schutzimpfungen,  
Schwerpunktsbezeichnung,  
Selektivverträge,  
Selektivvertragliche Teilnahme,  
Seniorpartner,  
Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf,  
Sicherstellungsaufgaben,  
Soll-Umsatz,  
Soll-Leistungsbedarf,  
Sonderausgabenvolumen,  
Sonderbedarfsfeststellung,  
Sonderkostenträger,  
Sonderverträge, regionale,  
Sonstige Hilfen,  
Sozialgerichtsgesetz,  
Standardbewertungssystem,  
Standardbewertungssystem,  
Steigerungsrate, höchstzulässige,  
Streuweite einer niedrigen Zahl der für das Zusatzbudget berechtigten Ärzte 1)  
Strukturfonds,  
Strukturpauschale, hausärztliche,  
Strukturverträge,  
Stützpunktwerte, Stressecho- und Katheteruntersuchungen,  
Stützungen, für Hausbesuche und gastroenterologische Leistungen,  
Substitutionsbehandlung,  
Summenstatistik,  
Tätigkeitsumfang,  
Teilberufsausübungsgemeinschaft,  
Teilbudget, für belegärztliche Tätigkeit,  
-, gem. HVM  
-, , krankenhausersetzender Operationen,  
-, , übriger ambulanter Operationen,  
Teilleistungen,  
Teilleistungen, ärztliche  
Teilradiologie,  
Teilvergütungsvolumina, gemäß § 7Abs.1 Nr. 1 und 2 HVM,  
Transcodierungstabelle,  
Trennungsfaktoren,  
Überführung, von Leistungen,  
Überführungstermin,  
Übermittlungskosten,  
Überprüfung der Indikation,  
Überschreitung OIII,  
Überversorgung,  
Überwachungskomplexe, postoperativ,  
Überweisungsfälle,  
Uhrzeitangabe,  
Ultraschall-Vereinbarung,  
Umrechnungsfaktor, für Laborleistungen,

Umsatz, durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1),  
Umsatz, regionaler durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1),  
Umsatz, belegärztlicher,  
- Vergleichsarztgruppe,  
Umsatzsteuer  
-pflichtige Leistungen,  
-freie Leistungen,  
Universitätspolikliniken,  
Unterversorgung,  
Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichen Punktzahlwert aus Leistungen des Zusatzbudgets 1),  
Untersuchungskomplex, präoperativer hausärztlicher,  
Unterversorgung,  
Urlaubsvertretung,  
Veränderungsrate  
-, diagnosebezogene Komponente,  
-, bundesdurchschnittliche,  
-, auf Grundlage vertragsärztlicher Behandlungsdiagnosen,  
- vom Bewertungsausschuss empfohlene,  
Vereinbarung, Änderungs-, Ergänzungs-, Verlängerungs-  
Vergleichsbetrag,  
Vergleichsgröße,  
Vergleichsgruppe,  
Vergleichsertrag,  
Vergleichszeiträume,  
Vergütung, hausärztliche,  
-, , veranlasserbezogene,  
Vergütungsanteile, hausärztliche  
-, , fachärztliche,  
Vergütungsbereich, arztgruppenspezifischer,  
Vergütungsvereinbarung,  
Vergütungsvereinbarung,  
Vergütungsvolumen, für abgestaffelte Preise, versorgungsbereichsspezifisch,  
Verhandlungsergebnis, zum Honorarvertrag,  
Verlagerungseffekte,  
Verlangen, besonderes der Krankenkassen,  
Verordnungsausschluss,  
Verordnungsbedarfe, bundesweite besondere,  
Verordnungsfähigkeit,  
Verordnungshöchstkosten,  
Verordnungskosten,  
-, neu zugelassener Arzneimittel,  
-, richtgrößenrelevante,  
-, betriebsstättenbezogene,

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 HONORARGUTSCHRIFT<sup>3)</sup>  
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN <sup>3)</sup>  
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN <sup>3)</sup>  
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG<sup>3)</sup>**

oder  
oder  
und

**Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes**

<p>Verordnungshöchstquoten, Verordnungskostensumme, Verpflichtung, berufsrechtliche, zur Beschränkung auf das Fachgebiet, Verordnungsweise, Verrechnung, Über- oder Unter- schreitung Zusatzbudget, Versichertengruppe M, A, R, Versichertenpauschale, hausärztliche, Versichertenanzahl, 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, Versorgungszentrum, medizinisches, Verteilungsvolumen, arztgruppenspezifisches, versorgungsbereichsspezifisches, Vertragliche Anmerkung, Vertragsärzte, - delegierende,</p>	<p>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 3452, Wertstellung, Widerspruchsbearbeitung, Wiedereingliederung, stufenweise, Wirtschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeitsbonus, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Wirtschaftlichkeitsreserven, Wochenendgebühren, Wochenpauschalen, Wohnort im KV-Bereich, Wohnortprinzip, Wunschleistungen, Zahlungsaufforderung, Zeitaufwand, des Vertrags- arztes, Zertifizierung, Zielvereinbarungen, Zulassungsausschuss,</p>	<p>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 <sup>1)</sup> 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.