

**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 Gemeinschafts- praxen, Aufsatzwerte, kassenspezifische, - Anpassung, Aufsatzzeitraum, Aufteilungsschlüssel, der Leistungsmenge, Auftragsleistungen, -, kurativ-ambulante, Aufwandsersatzungen, Ausdeckung - antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen, - aus der Gesamtvergütung, Ausgabenneutralität, Ausgabenvolumina, -, regionale des Jahres, Ausgleichszahlungen, befristete, Ausnahmeereignisse, Ausnahmekennziffern, Ausnahmesachverhalt, Ausnahmetatbestand vom Verordnungsausschluss, Aussetzungsfrist, Auswertungen für die GAmSi, Auszahlungspunkt, Prävention, -, , Praxisnetz, -, , Primärkassen, -, , individueller, Bagatellgrenze, Basisbemessungszeitraum,</p>	<p>Basisjahr, Bedarfsplanungs-Richtlinie, 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 Betreuungs- 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,</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>Berufsausübungsgemeinschaft, standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Beschluss, jeweils gültiger des (Erweiterten) Bewertungsaus- schusses, 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 durch- schnittlichen Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe und dem des Vertragsarztes multipliziert mit der Fallzahl des Vertrags- arztes, Differenzbereinigungsmengen, Dokumentationsbogen,</p>	<p>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, Eingriffe, mengenanfällige planbare, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Einmalerhöhungen, sockelwirksame, Einrichtungen, beschützende, Einzelfallnachweis, Einzelleistungen, Einzelleistung, außerhalb der Kopfpauschale, Einzelleistungsabrechnung, Einzelleistungsvergütung, Endbescheinigung, Erbringen, wirtschaftliches, 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, Facharztpraxis, Fachgruppenschlüssel, Fachgruppenschlüssel, 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,</p>	<p>-, 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- führung entsprechender Daten <sup>3)</sup>, 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 <sup>2)</sup> ; Fallzahlsteigerungen, Fallzahlzuwachsbeschränkung, 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, Fremdkassenzahlungsausgleichs- volumen, Fristverlängerung, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Frühbehandlungsstrukturvertrag, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern,</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**

Gebietsbezeichnung	Grundversorgungsfälle,	Kataloglegende,
Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte,	Gruppen, sonstige, Gruppenbehandlungen,	Kennzeichnungspflicht, Kennziffer,
Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene,	Gründe, entscheidungserhebliche, Härtefallregelung,	Klammerfälle,
Gemeinschaften, soziale, Gemeinschaftspraxen,	Häufigkeit, der Abrechnung behandlungsfallbezogener Leistung,	Klassifikationsmodell, gemäß 309. Sitzung des Bewertungsausschusses,
Genehmigung, der Kassenärztlichen Vereinigung,	Hausarzt,	KM6-Alters- und Geschlechtsklasse,
Genehmigungsverfahren, der Krankenkasse bei Verordnung,	Hausbesuche, Förderung der Heilmittel-	Kollektivvertrag,
Gerätenachweise,	Richtgrößenvereinbarung,	Komponente, demographische, Kooperationsgrad,
Gesamtleistungsbedarf,	Hilfen, sonstige, - nichtärztliche,	Kooperationszuschlag,
Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 1, <sup>2)</sup>	Hilfsmittel,	KO-Leistungen, hausärztliche,
Gesamtvergütung,	Höchstwert, für Laborgemeinschaften,	Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale,
- bereinigte	Home-Care-Stützung,	Konsiliaruntersuchung,
- budgetierte,	Honorar, quotiertes,	Konsultationsgebühr,
- kassenübergreifende,	Honorarfestsetzungsbescheid,	Konsultationspauschale,
- morbiditätsbedingte,	Honorargutschrift,	Konvergenzregel,
- pauschalierte,	Honorarkorrekturen, nachträgliche,	Kooperationsgrad,
- unbereinigte,	Honoraruntergruppe,	Kopfpauschale,
- zutreffende,	Honorarvergütung,	Kooperationszuschlag,
Gesamtvergütungssumme,	Honorarverluste,	Korrekturlieferungen,
Gesamtverträge,	arztgruppenspezifische, überproportionale,	Korrekturverfahren,
Gesamtvertragspartner,	Honorarverteilungsmaßstab (HVM),	Korrekturvorbehalt,
Geschlechtsgruppen,	Honorarverteilungsquote,	Kosten, von Praxen je Praxisinhaber,
GKV-Punktwert, rechnerischer, bundesdurchschnittlicher Punktwert des Jahres 1994,	Honorarverteilungsvertrag,	Kostendaten,
Gesamtpunktzahl,	Honorarvertrag,	Kostenerstattung,
Gesamtpunktzahlen, arztgruppenbezogene begrenzte,	Honorarvolumen,	Kostenträger, sonstige,
Gesamtpunktzahlanforderung,	Höchstpunktzahlen,	Kostenpauschale,
Gesamtvergütung,	Höchstwert,	Kostensatz, bundesdurchschnittlicher arztgruppenbezogener prozentualer des Jahres,
kassenübergreifende, morbiditätsbedingte, morbiditätsorientierte, trennungsrelevante,	HzV-Vertrag,	Krankengeldfall, potentieller, Krankenhausärzte, ermächtigte,
Gesamtverträge,	ICD,	Krankheitsfall,
Gesamtvertragsvereinbarungen,	ICD-10-GM vollständiges komprimiertes Modell	Krankheitsausfälle,
Gesprächsdauer,	IGeL-Leistungen,	Krankheitsvertretung,
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie,	Impfungen,	Kriterien, des Deutschen Konsortiums,
Grenzfallzahl,	Impfleistungen der EK'n,	Laborbonus,
Grenzwerte,	Impfvereinbarungen,	Laborgrundgebühr,
arztgruppenspezifische,	Indexpatient,	Laborpunkte,
Großgeräte-Leistungen,	Indikationsauftrag,	- zu vergütende,
Grundbeträge nach §3 Nr. 1–6 HVM,	Indikationsgebiete,	Laborwirtschaftlichkeitsbonus,
Grundgebühr, Nr. 3450 EBM,	Indikationskriterien,	Langzeittherapie,
Grundleistungen,	Individualbudget,	Leitsubstanzen,
Grundlohnsomme,	Inhalte, abrechnungsrelevante,	Leitsubstanzquote,
Grundlohnsommensteigerung,	Institutsambulanzen, geriatrische,	Leistungen,
Grundpauschale,	Interpretationsbeschlüsse,	- abgerechnete,
Grundvergütung,	Investitionskostenabschlag,	- allgemeine,
- , hausärztliche,	Istumsatz, durchschnittlicher, mit der Arztzahl gewichteter,	- antrags- und genehmigungspflichtige,
- , fachärztliche,	Job-Sharing,	- besonders förderungswürdige,
Grundversorgung, hausärztliche, fachärztliche,	Juniorpartner,	- der Fachgruppe,
	Jungpraxen,	- gebietsbezogene,
	Jugendgesundheitsuntersuchungen,	- indikationsbezogene,
	Kalkulationsmodell,	- krankenhausvermeidende,
	Kalkulationspunktwert,	- kurativ-ambulante,
	Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene,	- des ambulanten Operierens,
	Kappungsgrenze, zeitbezogene,	
	Kassen, laborbudgetrelevante,	
	Katalog, förderungswürdiger ambulanter Operationen,	

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**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- materialbezogene,</li> <li>- nicht gesondert berechnungs- fähige Punktzahl,</li> <li>- Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungsbedarf</li> <li>- , anerkannter,</li> <li>- , arztgruppenspezifischer,</li> <li>- , belegärztlicher,</li> <li>- , budgetärer,</li> <li>- , extrabudgetärer,</li> <li>- , im Regelleistungsvolumen,</li> <li>- , in Punkten,</li> <li>- , über Regelleistungsvolumen, Leistungsbedarfsfaktor, Leistungsbedarfsfallwert,   arztgruppenspezifischer, Leistungsbedarfsanteil, Leistungsbegrenzungen, Leistungsbeschreibung, Leistungsdefinitionen, Leistungserbringer, weitere Leistungsinhalte,   - obligate,   - fakultative,</li> <li>Leistungsgruppen,</li> <li>Leistungskatalog,</li> <li>Leistungs komplexe,</li> <li>Leistungslegende,</li> <li>Leistungslegendierung,</li> <li>Leistungsmenge,   - , angepasste je Versicherten,   - , indikationsspezifische   historische je Patient,</li> <li>Leistungsmengenentwicklung,</li> <li>Leistungspositionen,</li> <li>Leistungsstruktur,</li> <li>Leistungsumfang,</li> <li>Leitsubstanzen,</li> <li>Leitsubstanzquote,</li> <li>Löschung, vollständige,</li> <li>Malus,</li> <li>Mammographie-Screening,</li> <li>Maßnahmen, mengenbegrenzende,</li> <li>Medizinisches Versorgungs- Zentrum (MVZ),</li> <li>Mengenentwicklung, der Leistungen in Punkten,</li> <li>Minderausgaben,</li> <li>Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fall- punktzahlen,</li> <li>Mittelwert, arithmetischer der Ordinationsgebühren der aufgeführten Arztgruppen <sup>3)</sup>,</li> <li>Mindestkontakte,</li> <li>Mindestpunktwert,</li> <li>- , Psychotherapie</li> <li>Mindestpunktzahlen,</li> <li>Mitbehandlung,</li> <li>Morbidität,   - kassenspezifische, Morbiditätsindizes,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Morbiditätsstruktur, nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V,</li> <li>Morbiditätsveränderungen,</li> <li>MRT-Punkte,</li> <li>Mutterschaftsvorsorge, Mutterschafts-Richtlinien, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses,</li> <li>Nachschusspflicht, der Krankenkassen,</li> <li>Nachvergütung,</li> <li>Nachtgebühr,</li> <li>Nebenbestimmung, zum Honorarbescheid,</li> <li>Nebenbetriebsstätte, Nebeneinanderberechnung, Nebeneinanderberechtigungs- ausschlüsse,</li> <li>Neufestsetzung, nachträgliche des Honoraranspruchs,</li> <li>Neupraxen,</li> <li>Nichtbeanstandung durch BMG,</li> <li>Notfallärzte,</li> <li>Notfalldienst, organisierter, Notfallkonsultationspauschale I und II,</li> <li>Notfalleleistungen, Notfallordinationsgebühr, Notfallvergütung, ambulante, Operationen, förderungswürdige, Operative ambulante Leistungen, Operationenschlüssel, OPS,</li> <li>Ordinationsgebühr, Ordinationskomplex,   organisierter Notdienst,</li> <li>Orientierungspunktwert,   - bundeseinheitlicher,   - gemäß § 87 Abs. 2e SGB V, OIII-Leistungen, Palliativversorgung, spezialisierte   ambulante</li> <li>Parallelentwicklungen,</li> <li>Patientenzahl der Fachgruppe, Pauschale, Vor- und   Nachbetreuungs-   Pauschalerstattung, Pauschale,   Versichertenpauschale,   Grundpauschale,   Notfallpauschale,   Konsiliarpauschale,</li> <li>Personen, auftragsversorgte,   , betreute,</li> <li>Personengruppe, besondere, Planungsbereiche, Planungsbezirke, Plausibilitätskontrolle, Plausibilitätsprüfung, Präventionen, Prävention und Methadon, Praxisassistenten, nichtärztliche,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praxisnetze, Vergütungsregeln, -, Förderungen, Praxisbesonderheiten, Praxisbudget, Praxisfallpunktzahlen, Praxisnetze, anerkannte, Praxisstizt, Praxisstruktur, Präambel zum Gebührenordnungs- abschnitt, Präsenzpflicht, Preis, abgestaffelter, Probenuntersuchungen, Profil, Tages-, Quartalsprofil, Protokoll, Zu- und Absetzungen, Protokollnotiz, 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, 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 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 1996<sup>2)</sup>,</li> </ul>
--	--	---

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>Punktzahlgrenzwerte, Punktzahlgrenzvolumen, Punktzahlobergrenze, Punktzahlvolumen, -, gemäß Abschnitt II, unter Verwendung der Stellgrößen, Qualifikationsnachweis, Qualifikationsvoraussetzungen, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätssicherungsregelung, ambulanter Operationen, Qualitätssicherungsvereinbarung, Qualitätszuschläge, Quartalsbezug, Quartalsgrenze, Quartalspunktweite, Quartalsquote, Quartalssaldo, Quittung, Q1.4-Punkte, Quote, für Fallpunktzahl, Quote „Q“, Quotierung, QZV, arztindividuelles, - -Nummer, Rabattverträge, Rahmenvertrag, Rahmenvorgaben, 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, Restpunktweite, Restvolumen, je Teilnehmer aus der RLV-Berechnung, Richtgrößen, der Fachgruppe, Richtgrößengruppen, Richtgrößengruppentypik, Richtgrößensumme,</p>	<p>Richtgrößenvereinbarung, Richtgrößenvolumen, Richtigstellung, sachlich- rechnerische, Richtlinien des Bundesaus- schusses der Ärzte und Krankenkassen, Richtlinien gem. § 135 Abs. 2 SGB V, Richtlinien: -, Psychotherapie, -, Mutterschaft, -, über künstliche Befruchtung, -, Krebsfrüherkennung, -, Gesundheitsuntersuchungen, -, des gemeinsamen Bundes- ausschusses, Risikoklassen, Risikopersonen, Routinedaten, anonymisierte und Aggregierte, Rückbereinigungsbeträge, für Rückkehrer in Selektivvertrag, Rückforderung, Rückstellungen, zweckgebundene, -, aus positivem Quartalssaldo, Rundungsdifferenzen, Sachkosten, Schaden, sonstiger, Schätzverfahren, Scheinkennzeichen C und L, Schlichtungsstelle, Schutzimpfungen, Schwerpunkte, Schwerpunktsbezeichnung, Selektivverträge, Selektivvertragliche Teilnahme, Seniorpartner, Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf, Sicherstellungsaufgaben, Soll-Umsatz, Soll-Leistungsbedarf, Sonderausgabenvolumen, Sonderbedarfsfeststellung, Sonderkostenträger, Sonderverträge, regionale, Sonstige Hilfen, Sozialgerichtsgesetz, Speziallaborleistungen, Standardbewertungssystem, Standardbewertungssystem, Steigerungsrate, höchstzulässige, Streubreite einer niedrigen Zahl der für das Zusatzbudget berech- tigten Ärzte 1) Strukturfonds, Strukturpauschale, hausärztliche, Strukturverträge, Stützpunktwerte, Stressecho- und Katheteruntersuchungen, Stützungen, für Hausbesuche und gastroenterologische Leistungen,</p>	<p>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, Übersversorgung, Überwachungskomplexe, postoperativ, Überweisungsfälle, Uhrzeitangabe, Ultraschall-Vereinbarung, Umrechnungsfaktor, für Labor- leistungen, Umsatz, durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, regionaler durchschnitt- licher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, belegärztlicher, - Vergleichsarztgruppe, Umsatzsteuer -pflichtige Leistungen, -freie Leistungen, Universitätspolikliniken, Untersuchungs- u- Behandlungs- Methoden, anerkannte, Unterversorgung, Untergruppe der Ärzte mit unter- durchschnittlichen Punktzahl- wert aus Leistungen des Zusatz- budgets 1), Untersuchungskomplex, prä- operativer hausärztlicher, Unterversorgung, Urlaubsvertretung, Veränderungsrate -, diagnosebezogene Komponente, -, bundesdurchschnittliche, -, auf Grundlage vertragsärztlicher Behandlungsdiagnosen, - vom Bewertungsausschuss empfohlene, Vereinbarung, Änderungs-, Ergänzungs-, Verlängerungs- Vergleichsbetrag,</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>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, 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,</p>	<p>Versorgungsformen, - sektorübergreifende, Versorgungsgrad, Versorgungsleiden, Versorgungsnetzwerke, Versorgungsmodelle, hausärztliche, - Integrierte Versorgung, Versorgungsquote, Versorgungsmaß, Versorgungszeitraum,   der Erstversorgung, 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,</p>	<p>Wohnort im KV-Bereich, Wohnortprinzip, Wunscheleistungen, Zahlungsaufforderung, Zeitaufwand, des Vertrags-   arztes, Zertifizierung, Zielvereinbarungen, Zufälligkeitprüfung, 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 <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.