

**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>15-Prozent-Kriterium, Abklärungsdiagnostik, gem. §12 der Anlage 9.2 der Bundes- mantelverträge, Abrechnung, kassenseitige, Abrechnungsgenehmigung, Abrechnungsordnung, Abrechnungsprüfungsrichtlinien, Abrechnungsquartal, Abschlag, versorgungsspezifischer, Absetzung, rechnerische, Abschlag, Abschlagszahlung, Abstaffelung, -, fallzahlbezogene, Abstaffelungsfaktor, Abstaffelungsquote, Abrechnungsfälle, Abrechnungsgenehmigung, Akutfälle, Akutpatienten, 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 Versorgungsstruk- turen, -, rückwirkende, Anpassungsfaktor, - arztindividueller, - bundeseinheitlicher, - des RLV/QZV -, nach §84 Abs. 2 SGB V, -, Neubewertung, Anpassungskriterien nach § 87 Absatz 2g SGB V, Anpassungsbedarf, Anrechnung, Leistung auf Praxisbudget, Anteil, verbleibender aus den Einkünften aus dem auf die budgetierten Ärzte entfallen- den Anteil der Gesamtvergü- tung des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durchschnittlichen Be- triebsausgaben dieser Ärzte, je Arzt ^{2, 3)}, Anteil, regionaler verbleiben- der aus den Einkünften aus dem aus GKV zur Verfügung stehenden und an die be- reichseigenen Ärzte aus zu</p> | <p>budgetierenden ausgeschütteten Honorar des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der Durchschnittlichen Betriebsaus- gaben dieser Ärzte, je Arzt ^{2, 3)}, Anschubfinanzierung, - Videosprechstunde, Anteil, regionaler prozentualer der in den Praxisbudgets aufge- nommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 am Gesamtbedarf der betreffen- den Arztgruppe ^{2, 3)} Antrag, auf Zusatzbudget, Anzahlstatistik, erweiterte, Apparategemeinschaft, Apothekenrabatt, Arbeitszeitregelung, flexible des Arbeitsunfähigen, Arzneimittelrichtgröße, Arzneimittelrichtgrößenprüfung, Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV), Arztbezug, Arztfall, Arztgruppen, Arztgruppenfall, Arztgruppentöpfe, Arztlohn, kalkulatorischer, Arztnummer, Arzt-Patient-Kontakt, -, bei Video-Sprechstunden, Ärzte, angestellte, Ärzte, ermächtigte, Aufhebung, der Beschlüsse zum Bundesmantelvertrag, Aufsatzwerte, für den Behandlungs- bedarf, -, kassenspezifische, Aufschlag, bei Gemeinschafts- praxen, Aufschlag auf Versicherten- Pauschale nach POP 03000, Aufsatzwerte, kassenspezifische, - Anpassung, Aufsatzzeitraum, Aufteilungsschlüssel, der Leistungsmenge, Auftragsleistungen, -, kurativ-ambulante, Aufwandsersatzungen, Ausdeckelung - antrags- und genehmigungs- pflichtiger Leistungen, - aus der Gesamtvergütung, Ausgabenneutralität, Ausgabenvolumina, -, regionale des Jahres, Ausgleichszahlungen, befristete, Ausnahmereignisse, Ausnahmekennziffern, Ausnahmesachverhalt,</p> | <p>Ausnahmetatbestand vom Verordnungsausschluss, Aussetzungsfrist, Auswertungen für die GAmSi, Auszahlungspunkt, Prävention, -, , Praxisnetz, -, , Primärkassen - individueller, Bagatellgrenze, Basisassessament, Basisbemessungszeitraum, Basisjahr, Bedarfsplanungs-Richtlinie, Begrenzungsregelungen, honorarwirksame, Befundung von Untersuchungser- gebnissen, Begründung, von Mehrfachvisiten, Behandlung, schwerpunktüber- greifende, 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,</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

| | | |
|--|---|---|
| Bereinungsverfahren, -, deklaratorisches, -, Doppelbereinigung, -, fallzahlbezogene, -, Mehrfachbereinigung, Bereinigungsvolumen, arztbezogenes, Bereitschaftsdienst, Bereitschaftspauschale, zum Fallwert Berichtspflicht, 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, Bewertung, arztpraxispezifische, Bewertungsausschluß, Bewertungsausschuss, erweiterter Bewertungsmaßstab, einheitlicher (EBM), Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ), Bewertungsrelationen, nach §87, Absatz 2g SGBV 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 ¹⁾ , Eigenlabor, Eigenleistungen, Eingriffe, mengenanfällige planbare, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Einmalerhöhungen, sockelwirksame, Einrichtungen, beschützende, Einrichtungsbefragung, 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, Facharztpauschale, Facharztregelleistungsvolumen, Fachgruppendurchschnitt, Fachgruppenleistungen, Fachgruppenpunktwerte, Fachgruppenquote, Fachkunde, Fachkundenachweise, Faktor, KV-spezifischer, Fälle: Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall, Reproduktionsfall, | Fallkennzeichen A, K, M 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- führung entsprechender Daten ³⁾ , Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - arztindividueller Vergleichs-RLV- Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - arztpraxispezifischer, unterer, oberer, - im Folgequartal, - individueller der Arztpraxis, - KV-spezifischer, - oberer begrenzender, - unterer begrenzender, Fallwertfaktor, Fallwertverlust, Fallwertzuschlag, Fallzahl, budgetrelevante, - ambulante, - außerhalb Budget, - der Arztgruppe, -, eines zurückliegenden Abrechnungsquartales, Fallzahlbegrenzungen, Fallzahlbereiche, A, B, C, Fallzahldurchschnitt lt. EBM (regionale Berechnung - kurativ- ambulante Behandlungsfälle der Praxis ²⁾), Fallzahlsteigerungen, Fallzahlzuwachsbegrenzung, 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, |
|--|---|---|

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

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Finanzvolumen, | Grenzwerte, | Inhalte, abrechnungsrelevante, |
| Folgebescheinigung, | arztgruppenspezifische, | Institutsambulanzen, geriatrische, |
| Folge quartale, | Großgeräte-Leistungen, | Interpretationsbeschlüsse, |
| Förderungswürdige Leistungen | Grundbeträge nach §3 Nr. 1–6 | Investitionskostenabschlag, |
| und Komplexe, | HVM, | Istumsatz, durchschnittlicher, mit |
| Fremdkassenzahlungsausgleich, | Grundgebühr, Nr. 3450 EBM, | der Arztzahl gewichteter, |
| Fremdkassenzahlungsausgleichs- | Grundleistungen, | Job-Sharing, |
| volumen, | - pauschalierte, | Juniorpartner, |
| Fristverlängerung, der Beschlüsse | Grundlohnsumme, | Jungpraxen, |
| des Bewertungsausschusses, | Grundlohnsummensteigerung, | Jugendgesundheitsunter- |
| Frühbehandlungsstrukturvertrag, | Grundpauschale, | suchungen, |
| Früherkennung von Krankheiten | Grundvergütung, | Kalkulationsmodell, |
| - bei Erwachsenen, | -, hausärztliche, | Kalkulationspunkt看wert, |
| - bei Kindern, | -, fachärztliche, | Kalkulationszeit, |
| Gebietsbezeichnung | Grundversorgung, hausärztliche, | Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene, |
| Gebietsbezeichnungen, mehrerer | fachärztliche, | Kappungsgrenze, zeitbezogene, |
| Ärzte, | Grundversorgungsfälle, | Kassen, laborbudgetrelevante, |
| Gebührenordnungsposition, | Gruppen, sonstige, | Katalog, förderungswürdiger |
| krankheitsfallbezogene, | Gruppenbehandlungen, | Kataloglegende, |
| Gemeinschaften, soziale, | Gründe, entscheidungserhebliche, | Kennzeichnungspflicht, |
| Gemeinschaftspraxen, | Härtefallregelung, | Kennziffer, |
| Genehmigung, der Kassenärztli- | Häufigkeit, der Abrechnung be- | Klammerfälle, |
| chen Vereinigung, | handlungsfallbezogener Leistung, | Klassifikationsmodell, |
| Genehmigungsverfahren, der | Hausarzt, | gemäß 309. Sitzung des |
| Krankenkasse bei Verordnung, | Hausbesuche, Förderung der | Bewertungsausschusses, |
| Gerätenachweise, | Heilmittel- | KM6-Alters- und Geschlechts- |
| Gesamtleistungsbedarf, | Richtgrößenvereinbarung, | klasse, |
| Gesamtleistungsbedarf, Anteil in | Hilfen, sonstige, | Kollektivvertrag, |
| Prozent der in die Praxisbudgets | - nichtärztliche, | Komponente, demographische, |
| aufgenommenen Leistungen der | Hilfsmittel, | Kontakt, persönlicher, |
| ersten beiden Quartale des | Höchstwert, für Laborgemein- | Kooperationsgrad, |
| Jahres 1996 1, ²⁾) | schaften, | Kooperationszuschlag, |
| Gesamtvergütung, | Home-Care-Stützung, | KO-Leistungen, hausärztliche, |
| - bereinigte | Honorar, quotiertes, | Konsultationskomplex, |
| - budgetierte, | Honorarfestsetzungsbescheid, | Konsiliarpauschale, |
| - kassenübergreifende, | Honorargutschrift, | Konsiliaruntersuchung, |
| - morbiditätsbedingte, | Honorarkorrekturen, nachträgliche, | Konsultationsgebühr, |
| - pauschalierte, | Honoraruntergruppe, | Konsultationspauschale, |
| - unbereinigte, | Honorarvergütung, | Konvergenzregel, |
| - zutreffende, | Honorarverluste, | Kooperationsgrad, |
| Gesamtvergütungssumme, | arztgruppenspezifische, | Kopfpauschale, |
| Gesamtverträge, | überproportionale, | Kooperationszuschlag, |
| Gesamtvertragspartner, | Honorarverteilungsmaßstab (HVM), | Korrekturlieferungen, |
| Geschlechtsgruppen, | Honorarverteilungsquote, | Korrekturverfahren, |
| GKV-Punktwert, rechnerischer, | Honorarverteilungsvertrag, | Korrekturvorbehalt, |
| bundesdurchschnittlicher | Honorarvertrag, | Kosten, von Praxen je |
| Punktwert des Jahres 1994, | Honorarvolumen, | Praxisinhaber, |
| Gesamtpunktzahl, | Höchstpunktzahlen, | Kostendaten, |
| Gesamtpunktzahlen, arztgruppen- | Höchstwert, | Kostendifferenz, gemäß § 106b, |
| bezogene begrenzte, | HzV-Vertrag, | Abs. 2a SGB V, |
| Gesamtpunktzahlanforderung, | ICD, | Kostenerstattung, |
| Gesamtvergütung, | ICD-10-GM vollständiges | Kostenträger, sonstige, |
| kassenübergreifende, | komprimiertes Modell | Kostenpauschale, |
| morbiditätsbedingte, | IGeL-Leistungen, | Kostensatz, bundesdurch- |
| morbiditätsorientierte, | Impfungen, | schriftlicher arztgruppenbe- |
| trennungsrelevante, | Impfleistungen der EK'n, | zogener prozentualer des |
| Gesamtverträge, | Impfvereinbarungen, | Jahres, |
| Gesamtvertragsvereinbarungen, | Indexpatient, | Krankengeldfall, potentieller, |
| Gesprächsdauer, | Indikationsauftrag, | Krankenhausärzte, |
| Gesundheitsuntersuchungs- | Indikationsgebiete, | ermächtigte, |
| Richtlinie, | Indikationskriterien, | Krankheitsfall, |
| Grenzfallzahl, | Individualbudget, | Krankheitsausfälle, |

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>Krankheitsvertretung, Kriterien, des Deutschen Konsortiums, Laborbonus, Laborgrundgebühr, Laborleistungen, eigenerbrachte, - berechnungsrelevante, 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, - quotierte, - Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger 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, Leistungskatalog, Leistungskomplexe, Leistungslegende, Leistungslegendierung, Leistungsmenge, -, angepasste je Versicherten, -, indikationsspezifische historische je Patient, Leistungsmengenentwicklung, Leistungspositionen, Leistungsstruktur, Leistungsumfang,</p> | <p>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, Nacherstattungsregelungen, nach § 130b SGB V, 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, Notfalleleistungen, Notfallordinationsgebühr, Notfallvergütung, ambulante, Operationen, förderungswürdige, Operative ambulante Leistungen, Operationenschlüssel, OPS, Ordinationsgebühr, Ordinationskomplex, organisierter Notdienst,</p> | <p>Orientierungspunktwert, - bundeseinheitlicher, - gemäß § 87 Abs. 2e SGB V, - Zuschläge zum OIII-Leistungen, Palliativversorgung, spezialisierte ambulante Parallelentwicklungen, Patientenzahl der Fachgruppe, Pauschale, Vor- und Nachbetreuungs- Pauschalersatzung, 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, Paxispersonal-Patienten-Kontakte, im Rahmen Videosprechstunden, Praxisstz, 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,</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>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 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 Qualitätssicherungsrichtlinie, Qualitätssicherungsverfahren,, Qualitätszuschläge, Quartalsbezug, Quartalsgrenze, Quartalspunktwerte, Quartalsquote, Quartalssaldo, Quittung, Q1.4-Punkte, Quote, für Fallpunktzahl, Quote „Q“, Quotierung, QZV, arztindividuelles, - -Nummer, Rabattverträge, Rahmenempfehlungen, Rahmenvertrag, Rahmenvorgaben, Reanimationskomplex, Rechnungszusammenstellung, Referenzfallwert, Regelversorgung,</p> | <p>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, Restpunktwertvergütung, Restvolumen, je Teilnehmer aus der RLV-Berechnung, Restwertvergütung, Richtgrößen, der Fachgruppe, Richtgrößengruppen, Richtgrößengruppentypik, Richtgrößensumme, 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,</p> | <p>Scheinkennzeichen C und L, Schlichtungsstelle, Schutzimpfungen, Schwerpunkte, Schwerpunktsbezeichnung, Selektivverträge, Selektivvertragliche Teilnahme, Seniorpartner, Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf, Sicherstellungsumlage, Soll-Umsatz, Soll-Leistungsbedarf, Sonderausgabenvolumen, Sonderbedarfsfeststellung, Sonderkostenträger, Sonderverträge, regionale, Sonstige Hilfen, Sozialgerichtsgesetz, Speziallaborleistungen, Standardbewertungssystem, Standortmerkmale, Steigerungsrate, höchstzulässige, Streubreite einer niedrigen Zahl der für das Zusatzbudget berech- tigten Ärzte ¹⁾ Strukturfonds, Strukturmerkmale, 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, Terminservicestellen, Therapiefrequenz, Toleranzzeiten, gemäß der Kinderichtlinie ..., Transcodierungstabelle, Trennungsfaktoren, Überführung, von Leistungen, Überführungstermin, Übermittlungskosten, Überprüfung der Indikation, Überschreitung OIII, Übersorgung, Überwachungskomplexe, postoperativ, Überweisungsfälle,</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>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, Untersuchungs- u- Behandlungsmethoden, anerkannte, Unterversorgung, Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichen Punktzahlwert aus Leistungen des Zusatzbudgets ¹⁾, Untersuchungskomplex, präoperativer hausärztlicher, Untersuchungszeiträume, gemäß der Kinderrichtlinie ..., Unterversorgung, Urlaubsvertretung, Veränderungsrate -, demographischer Kriterien, -, diagnosebezogene Komponente, -, bundesdurchschnittliche, -, auf Grundlage vertragsärztlicher Behandlungsdiagnosen, - vom Bewertungsausschuss empfohlene, Vereinbarung, Änderungs-, Ergänzungs-, Verlängerungs-, Vereinbarungen, regionale, nach § 106b Abs. 1 SGB V, Vergleichsbetrag, Vergleichsgröße, Vergleichsgruppe, Vergleichsertrag, Vergleichszeiträume, Vergütung, extrabudgetäre, - , hausärztliche, - , veranlasserbezogene, Vergütungsanteile, hausärztliche - , fachärztliche, Vergütungsbereich, arztgruppenspezifischer, Vergütungsvereinbarung, Vergütungsvereinbarung, Vergütungsvolumen, für abgestaffelte Preise, versorgungsbereichsspezifisch, Verhandlungsergebnis, zum Honorarvertrag, Verlagerungseffekte, Verlangen, besonderes der Krankenkassen,</p> | <p>Vermittlungsanspruch, Verordnungsausschluss, Verordnungsbedarfe, bundesweite besondere, Verordnungsfall, Verordnungsfähigkeit, Verordnungshöchstkosten, Verordnungshöchstquote, Verordnungskosten, -, neu zugelassener Arzneimittel, -, richtgrößenrelevante, -, betriebsstättenbezogene, Verordnungshöchstquoten, Verordnungskostensumme, Verpflichtung, berufsrechtliche, zur Beschränkung auf das Fachgebiet, Verordnungsweise, Verrechnung, Über- oder Unterschreitung Zusatzbudget, Versichertengruppe M, A, R, Versichertenpauschale, hausärztliche, Versichertenzahlen, Versorgung - besondere nach §§ 73c und 140, - geriatrische, - hausarztzentrierte, - integrierte, - palliativ-medizinische, - ambulante 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, Vertragsarztsitz, Vertragsgebiet, Vertragstherapeuten, Verwaltungsgebühr, Verwaltungskomplex, Verwaltungskosten, Verwaltungskostenumlage, Verweilen,</p> | <p>Verzeichnis, nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, Vorbehalt, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, 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, Zeitaufwand, des Vertragsarztes, Zertifizierung, Zielvereinbarungen, Zufälligkeitprüfung, Zulassungsausschuss, Zulassungsbescheid, Zulassungsstatus, Zusatzbezeichnung, Berechtigung zum Führen, Zusatzbudget, Repromedizin, -, qualifikationsabhängiges, Zusatzbudgetüberschreitung, Verrechnungspotential, Zusatzpauschale, Zuschlag, quotierter zum Vergütungsanteil, Zuschlag, versorgungsspezifischer, Zuschläge - , zu ambulanten Operationen, - , zur Gebührenordnungsposition, - , zur Grundversorgung, - , zu Hausbesuchen, - , für Röntgenleistungen, - , nach Quotierung, Zuschlagkataloge, Zuschlagziffern,</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⁾
oder
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
oder
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
und
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

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 Gebührenordnungsposition,
- für Terminvermittlung,
- für Authentifizierung,

Zusetzung, lt. Gebührenordnung,

- Zuweisung,
- Zuwendungszeit,
- Zuzahlung, ambulante Behandlung,
- , gesamt,
Zweigpraxis
Zweitmeinungsverfahren.

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.