

**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

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

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,
Apparatgemeinschaft,
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,
Ausnahmeereignisse,
Ausnahmekennziffern,
Ausnahmesachverhalt,

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-ambulant 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,

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,	Kalkulationskostenspunktwert,
- 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,	Kooperationsgrad,
ersten beiden Quartale des	Höchstwert, für Laborgemein-	Kooperationszuschlag,
Jahres 1996 1, ²⁾)	schaften,	KO-Leistungen, hausärztliche,
Gesamtvergütung,	Home-Care-Stützung,	Konsultationskomplex,
- bereinigte	Honorar, quotiertes,	Konsiliarpauschale,
- budgetierte,	Honorarfestsetzungsbescheid,	Konsiliaruntersuchung,
- kassenübergreifende,	Honorargutschrift,	Konsultationsgebühr,
- morbiditätsbedingte,	Honorarkorrekturen, nachträgliche,	Konsultationspauschale,
- pauschalierte,	Honoraruntergruppe,	Konvergenzregel,
- unbereinigte,	Honorarvergütung,	Kooperationsgrad,
- zutreffende,	Honorarverluste,	Kopfpauschale,
Gesamtvergütungssumme,	arztgruppenspezifische,	Kooperationszuschlag,
Gesamtverträge,	überproportionale,	Korrekturlieferungen,
Gesamtvertragspartner,	Honorarverteilungsmaßstab (HVM),	Korrekturverfahren,
Geschlechtsgruppen,	Honorarverteilungsquote,	Korrekturvorbehalt,
GKV-Punktwert, rechnerischer,	Honorarverteilungsvertrag,	Kosten, von Praxen je
bundesdurchschnittlicher	Honorarvertrag,	Praxisinhaber,
Punktwert des Jahres 1994,	Honorarvolumen,	Kostendaten,
Gesamtpunktzahl,	Höchstpunktzahlen,	Kostenerstattung,
Gesamtpunktzahlen, arztgruppen-	Höchstwert,	Kostenträger, sonstige,
bezogene begrenzte,	HZV-Vertrag,	Kostenpauschale,
Gesamtpunktzahlanforderung,	ICD,	Kostensatz, bundesdurch-
Gesamtvergütung,	ICD-10-GM vollständiges	schriftlicher arztgruppenbe-
kassenübergreifende,	komprimiertes Modell	zogener prozentualer des
morbiditätsbedingte,	IGeL-Leistungen,	Jahres,
morbiditätsorientierte,	Impfungen,	Krankengeldfall, potentieller,
trennungsrelevante,	Impfleistungen der EK'n,	Krankenhausärzte,
Gesamtverträge,	Impfvereinbarungen,	ermächtigte,
Gesamtvertragsvereinbarungen,	Indexpatient,	Krankheitsfall,
Gesprächsdauer,	Indikationsauftrag,	Krankheitsausfälle,
Gesundheitsuntersuchungs-	Indikationsgebiete,	Krankheitsvertretung,
Richtlinie,	Indikationskriterien,	Kriterien,
Grenzfallzahl,	Individualbudget,	des Deutschen Konsortiums,

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

Laborbonus,
Laborgrundgebühr,
Laborleistungen, eigenerbrachte,
- berechnungsrelevante,
Laborpunkte,
- zu vergütende,
Laborwirtschaftlichkeitsbonus,
Langzeittherapie,
Leitsubstanzen,
Leitsubstanzquote,
Leistungen,
- abgerechnete,
- allgemeine,
- antrags- und genehmigungspflichtige,
- besonders förderungswürdige,
- der Fachgruppe,
- gebietsbezogene,
- indikationsbezogene,
- krankenhausvermeidende,
- kurativ-ambulante,
- des ambulanten Operierens,
- materialbezogene,
- nicht gesondert berechnungsfähige 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,
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 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,
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,
Orientierungspunktwert,
- bundeseinheitlicher,
- gemäß § 87 Abs. 2e SGB V,
- Zuschläge zum 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,
Paxispersonal-Patienten-Kontakte, im Rahmen Videosprechstunden,
Praxisstz,
Praxisstruktur,
Präambel zum Gebührenordnungsabschnitt,
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,

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>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 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, Rahmenvertrag, Rahmenvorgaben, Reanimationskomplex, Rechnungszusammenstellung, Referenzfallwert, Regelversorgung, Regelwerke, Regelarbeitszeiten, Regelfall, Regelleistungsvolumen, - -arztindividuelles,</p>	<p>- -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, Scheinkennzeichen C und L, Schlichtungsstelle, Schutzimpfungen,</p>	<p>Schwerpunkte, Schwerpunktsbezeichnung, Selektivverträge, Selektivvertragliche Teilnahme, Seniorpartner, Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf, Sicherstellungsumlage, Soll-Umsatz, Soll-Leistungsbedarf, Sonderausgabenvolumen, Sonderbedarfsfeststellung, Sonderkostenträger, Sonderverträge, regionale, Sonstige Hilfen, Sozialgerichtsbedarf, 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, 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, Transcodierungstabelle, Trennungsfaktoren, Überführung, von Leistungen, Überführungstermin, Übermittlungskosten, Überprüfung der Indikation, Überschreitung OIII, Übersversorgung, Überwachungskomplexe, postoperativ, Überweisungsfälle, Uhrzeitangabe, Ultraschall-Vereinbarung, Umrechnungsfaktor, für Labor- leistungen,</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

	Verordnungshöchstquote,	Sicherung,
Umsatz, durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1),	Verordnungskosten,	Vorhaltung,
Umsatz, regionaler durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1),	- , neu zugelassener Arzneimittel,	versorgungsbereichsspezifische,
Umsatz, belegärztlicher,	- , richtgrößenrelevante,	Vorjahresabrechnungsquartal,
- Vergleichsarztgruppe,	- , betriebsstättenbezogene,	Vorwegabzüge,
Umsatzsteuer	Verordnungshöchstquoten,	Wachstumsmöglichkeiten,
-pflichtige Leistungen,	Verordnungskostensumme,	unterdurchschnittlicher Praxen,
-freie Leistungen,	Verpflichtung, berufsrechtliche,	Wegebereich,
Universitätspolikliniken,	zur Beschränkung auf das Fachgebiet,	Wegekosten,
Untersuchungs- u- Behandlungsmethoden, anerkannte,	Verordnungsweise,	Wegepauschale,
Unterversorgung,	Verrechnung, Über- oder Unterschreitung Zusatzbudget,	Weiterbehandlung,
Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichen Punktzahlwert aus Leistungen des Zusatzbudgets 1),	Versichertengruppe M, A, R,	Weiterüberweisung,
Untersuchungskomplex, präoperativer hausärztlicher,	Versichertenpauschale, hausärztliche,	Wertigkeit, der GOP,
Unterversorgung,	Versichertenzahlen,	Wertstellung,
Urlaubsvertretung,	Versorgung	Widerspruchsbearbeitung,
Veränderungsrate	- besondere nach §§ 73c und 140,	Wiedereingliederung, stufenweise,
- , demographischer Kriterien,	- geriatrische,	Wirtschaftlichkeit,
- , diagnosebezogene Komponente,	- hausarztzentrierte,	Wirtschaftlichkeitsbonus,
- , bundesdurchschnittliche,	- integrierte,	Wirtschaftlichkeitsfaktor,
- , auf Grundlage vertragsärztlicher Behandlungsdiagnosen,	- palliativ-medizinische,	Wirtschaftlichkeitsreserven,
- vom Bewertungsausschuss empfohlene,	- ambulante spezialfachärztliche,	Wochenendgebühren,
Vereinbarung, Änderungs-, Ergänzungs-, Verlängerungs-	- vertragsärztliche überbezirkliche,	Wochenpauschalen,
Vergleichsbetrag,	Versorgungsalternativen,	Wohnort im KV-Bereich,
Vergleichsgröße,	Versorgungsauftrag,	Wohnortprinzip,
Vergleichsgruppe,	Versorgungsbereich,	Wunschleistungen,
Vergleichsertrag,	- hausärztlicher,	Zahlungsaufforderung,
Vergleichszeiträume,	- fachärztlicher,	Zeitaufwand, des Vertragsarztes,
Vergütung, extrabudgetäre,	Versorgungsformen,	Zertifizierung,
- , hausärztliche,	- sektorübergreifende,	Zielvereinbarungen,
- , veranlasserbezogene,	Versorgungsgrad,	Zufälligkeitsprüfung,
Vergütungsanteile, hausärztliche	Versorgungsleiden,	Zulassungsausschuss,
- , fachärztliche,	Versorgungsnetzwerke,	Zulassungsbescheid,
Vergütungsbereich,	Versorgungsmodelle, hausärztliche,	Zulassungsstatus,
arztgruppenspezifischer,	- Integrierte Versorgung,	Zusatzbezeichnung, Berechtigung zum Führen,
Vergütungsvereinbarung,	Versorgungsquote,	Zusatzbudget, Repromedizin,
Vergütungsvereinbarung,	Versorgungsmaß,	- , qualifikationsabhängiges,
Vergütungsvolumen,	Versorgungszeitraum,	Zusatzbudgetüberschreitung,
für abgestaffelte Preise,	der Erstversorgung,	Verrechnungspotential,
versorgungsbereichsspezifisch,	Versorgungszentrum,	Zusatzpauschale,
Verhandlungsergebnis, zum Honorarvertrag,	medizinisches,	Zuschlag, quotierter zum Vergütungsanteil,
Verlagerungseffekte,	Verteilungsvolumen,	Zuschlag, versorgungsspezifischer,
Verlangen, besonderes der Krankenkassen,	arztgruppenspezifisches,	Zuschläge
Vermittlungsanspruch,	versorgungsbereichsspezifisches,	- , zu ambulanten Operationen,
Verordnungsausschluss,	Vertragliche Anmerkung,	- , zur Gebührenordnungsposition,
Verordnungsbedarfe,	Vertragsärzte,	- , zur Grundversorgung,
bundesweite besondere,	- delegierende,	- , zu Hausbesuchen,
Verordnungsfall,	Vertragsarztsitz,	- , für Röntgenleistungen,
Verordnungsfähigkeit,	Vertragsgebiet,	- , nach Quotierung,
Verordnungshöchstkosten,	Vertragstherapeuten,	Zuschlagkataloge,
	Verwaltungsgebühr,	Zuschlagziffern,
	Verwaltungskomplex,	Zusatzbudgets, bedarfsabhängige,
	Verwaltungskosten,	- , für Gemeinschaftspraxen,
	Verwaltungskostenumlage,	- , gebietsbezogene,
	Verweilen,	- , qualifikationsbezogene,
	Verzeichnis, nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen,	- , fallzahlabhängige,
	Videofallbesprechungen,	- , Erweiterung auf Antrag,
	Videosprechstunden,	Zusatzbudget-Nr.
	Vorbehalt, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale	der KV-Datenbank ¹⁾
		Zusatzpauschale,

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

Zusatzvergütung,
Zusatzvereinbarungen, auf Bundes-
und Landesebene,
Zusatzvolumen,
qualitätsgebundenes,

Zuschlag
- zur Gebührenordnungsposition,
- für Terminvermittlung,
- für Authentifizierung,
Zusatzung, 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.