

**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,
Abrechnungsunterlagen,
Abschlag, versorgungsspezifischer,
Absetzung, rechnerische,
Abschlag,
Abschlagszahlung,
Abstaffelung,
-, fallzahlbezogene,
Abstaffelungsfaktor,
Abstaffelungsquote,
Abrechnungsfälle,
Abrechnungsgenehmigung,
Akutfälle,
Akutpatienten,
Akzeptanzkriterien,
der Pflichtfunktion P3 – 11,
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 bereichs-
eigenen 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,
Arztgruppenumsatz, im
Vorjahresquartal,
Arztlohn, kalkulatorischer,
Arztnummer,
Arzt-Patient-Kontakt,
-, bei Video-Sprechstunden,
Ärzte, angestellte,
Ärzte, ermächtigte,
ASV-Bereinigungsberechnungen,
Aufhebung, der Beschlüsse
zum Bundesmantelvertrag,
Aufnahme, von Leistungen,
Aufsatzwerte,
-, für den Behandlungsbedarf,
-, kassenspezifische,
Aufschlag,
- bei Gemeinschaftspraxen,
Aufschlag auf Versicherten-
Pauschale nach POP 03000,
Aufsatzwert, kassenspezifischer,
- Anpassung,
Aufsatzzeitraum,
Aufteilungsschlüssel,
der Leistungsmenge,
Auftragsleistungen,
-, kurativ-ambulante,
Aufwand, von Labor-
Abrechnungsdienstleistungen,
Aufwandsersatzungen,
Ausdeckelung
- antrags- und genehmigungs-
pflichtiger
Leistungen,
- aus der Gesamtvergütung,

Ausgabeneutralität,
Ausgabenvolumina,
-, regionale des Jahres,
Ausgleichszahlungen, befristete,
Ausnahmeereignisse,
Ausnahmekennziffern,
Ausnahmesachverhalt,
Ausnahmetatbestand vom
Verordnungsausschluss,
Aussetzungsfrist,
Auswertungen für die GAmSi,
Auszahlenswert, Prävention,
-, , Praxisnetz,
-, , Primärkassen
- individueller,
Bagatellgrenze,
Basisassessement,
Basisbemessungszeitraum,
Basisjahr,
Bedarfsplanungs-Richtlinie,
Begrenzungsregelungen,
honorarwirksame,
Befundung von Untersuchungs-
ergebnissen,
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,.

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

- , des Behandlungsbedarfs,
- , morbiditätsbedingter Gesamtvergütung,
- Bereinigung, des behandlungsbedarfs,
- Bereinigungsbeträge,
- Bereinigungsdaten,
- Bereinigungsverfahren,
- , deklaratorisches,
- , Doppelbereinigung,
- , fallzahlbezogene,
- , Mehrfachbereinigung,
- Bereinigungsvolumen, arztbezogenes,
- Bereitschaftsdienst,
- Bereitschaftspauschale, zum Fallwert
- Berichtspflicht,
- Berufsausübungsgemeinschaft, standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche
- Beschluss, jeweils gültiger des (Erweiterten) Bewertungsausschusses,
- Besonderheiten, regionale,
- der Kosten- und Versorgungsstruktur,
- Bestandteil, basiswirksamer der Kopfpauschalen,
- Besuche, fachärztliche,
- Besuchsleistungen,
- Besuchszeiten,
- Betreuungsstrukturverträge,
- Betriebsstätte,
- Betriebsstättenfall,
- Betriebsstättennummer,
- Betreuung, ambulante operative,
- Betreuung, tagesklinische
- Betreuungsgrundleistungen,
- Bewertung, arztpraxispezifische,
- Bewertungsausschluß,
- Bewertungsausschuss, erweiterter, - ergänzter,
- 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),
- Datenübermittlung,
- DDD-Volumen,
- Definitionsauftrag,
- Demographieindex,
- Diagnosen, AU-begründende,
- Dialysesachkosten,
- Dienste, flankierende,
- Differenz, zwischen dem durchschnittlichen Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe und dem des Vertragsarztes multipliziert mit der Fallzahl des Vertragsarztes,
- Differenzbereinigungsmengen,
- Dokumentationsbogen,
- Doppelbereinigung von Leistungen,
- Doppelfinanzierungen,
- Durchführung, überbezirkliche,
- Durchschnittspunktwert, rechnerischer aus GKV des Jahres 1994 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 Abrechnung,
- Ermächtigung, Krankenhausärzte,
- Ersatzbescheinigung,
- Ersatzkassen,
- Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO),
- Erstbescheinigung,
- Erstattungsansprüche, wegen Überzahlung,
- Euro-Gebührenordnung,
- EWR/CH-Fall,
- Facharztspauschale,
- 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 vorgegebenen, für das Bundesgebiet repräsentativen Zusammenführung 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 ³⁾),
 - Fallzahlsteigerungen,
 - Fallzahlzuwachsbegrenzung,
 - Fälle,
 - Behandlungsfall,
 - Krankheitsfall,
 - Betriebsstättenfall,

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

<ul style="list-style-type: none"> Fälle, budgetrelevante, - , Zahl der budgetrelevanten gem. Nr. 1.4. der Quartale des Jahres 1996, - , belegärztliche, - , bonusrelevante, - , kurativ-stationäre, Fälle, selektivvertragliche, Feiertagsgebühren, Finanzvolumen, Folgebescheinigung, Folgequartale, Förderungswürdige Leistungen und Komplexe, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenzahlungsausgleichsvolumen, Fristverlängerung, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Frühbehandlungsstrukturvertrag, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern, Gebietsbezeichnung Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte, Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene, Gemeinschaften, soziale, Gemeinschaftspraxen, Genehmigung, der Kassenärztlichen Vereinigung, Genehmigungsverfahren, der Krankenkasse bei Verordnung, Gerätenachweise, Gesamtleistungsbedarf, Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 1, ²⁾ Gesamtvergütung, - bereinigte - budgetierte, - kassenübergreifende, - morbiditätsbedingte, - pauschalierte, - unbereinigte, - zutreffende, Gesamtvergütungssumme, Gesamtverträge, Gesamtvertragspartner, Geschlechtsgruppen, GKV-Punktwert, rechnerischer, bundesdurchschnittlicher Punktwert des Jahres 1994, Gesamtpunktzahl, Gesamtpunktzahlen, arztgruppenbezogene begrenzte, Gesamtpunktzahlanforderung, Gesamtvergütung, - kassenübergreifende, - morbiditätsbedingte, 	<ul style="list-style-type: none"> - morbiditätsorientierte, - trennungsrelevante, Gesamtverträge, Gesamtvertragsvereinbarungen, Gesprächsdauer, Gesundheitskarte, elektronische, Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Grenzfalldzahl, Grenzwerte, arztgruppenspezifische, Großgeräte-Leistungen, Grundbeträge nach §3 Nr. 1–6 HVM, Grundgebühr, Nr. 3450 EBM, Grundleistungen, - pauschalierte, Grundlohnsumme, Grundlohnsummensteigerung, Grundpauschale, Grundvergütung, - , hausärztliche, - , fachärztliche, Grundversorgung, hausärztliche, fachärztliche, Grundversorgungsfälle, Gruppen, sonstige, Gruppenbehandlungen, Gründe, entscheidungserhebliche, Härtefallregelung, Häufigkeit, der Abrechnung behandlungsfallbezogener Leistung, Hausarzt, Hausbesuche, Förderung der Heilmittel- Richtgrößenvereinbarung, Hilfen, sonstige, - nichtärztliche, Hilfsmittel, Höchstwert, für Laborgemeinschaften, Home-Care-Stützung, Honorar, quotiertes, Honorarfestsetzungsbescheid, Honorargutschrift, Honorarkorrekturen, nachträgliche, Honoraruntergruppe, Honorarvergütung, Honorarverluste, arztgruppenspezifische, überproportionale, Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Honorarverteilungsquote, Honorarverteilungsvertrag, Honorarvertrag, Honorarvolumen, Höchstpunktzahlen, Höchstwert, Höchstwert je Arzt, HzV-Vertrag, ICD, ICD-10-GM vollständiges komprimiertes Modell 	<ul style="list-style-type: none"> IGe-Leistungen, Impfungen, Impfleistungen der EK'n, Impfvereinbarungen, Indexpatient, Indikationsauftrag, Indikationsgebiete, Indikationskriterien, Individualbudget, Inhalte, abrechnungsrelevante, Institutsambulanzen, geriatrische, Interpretationsbeschlüsse, Investitionskostenabschlag, Istumsatz, durchschnittlicher, mit der Arztzahl gewichteter, Job-Sharing, Juniorpartner, Jungpraxen, Jugendgesundheitsuntersuchungen, Kalkulationsmodell, Kalkulationspunktwert, Kalkulationszeit, Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene, Kappungsgrenze, zeitbezogene, Kassen, laborbudgetrelevante, Katalog, förderungswürdiger Kataloglegende, Kennzeichnungspflicht, Kennziffer, Klammerfälle, Klassifikationsmodell, gemäß 309. Sitzung des Bewertungsausschusses, KM6-Alters- und Geschlechtsklasse, Kollektivvertrag, Komponente, demographische, Kontakt, persönlicher, Kooperationsgrad, Kooperationszuschlag, KO-Leistungen, hausärztliche, Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale, Konsiliaruntersuchung, Konsultationsgebühr, Konsultationspauschale, Konvergenzregel, Kooperationsgrad, Kopfpauschale, Kooperationszuschlag, Korrekturlieferungen, Korrekturverfahren, Korrekturvorbekalt, Kosten, von Praxen je Praxisinhaber, Kostendaten, Kostendifferenz, gemäß § 106b, Abs. 2a SGB V, Kostenerstattung, Kostenträger, sonstige, Kostenpauschale, Kostensatz, bundesdurch-
---	--	---

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>schriftlicher arztgruppenbezogener prozentualer des Jahres, Krankengeldfall, potentieller, Krankenhausärzte, - ermächtigte, Krankenkassen, Anteile, Krankheitsfall, Krankheitsausfälle, Krankheitsvertretung, Kriterien, des Deutschen Konsortiums, 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,</p>	<p>Leistungslegendierung, Leistungsmenge, -, angepasste je Versicherten, -, indikationsspezifische historische je Patient, Leistungsmengenentwicklung, Leistungspositionen, Leistungsstruktur, Leistungsumfang, Leitsubstanzen, Leitsubstanzquote, Löschung, vollständige, Malus, Mammographie-Screening, Maßnahmen, mengenbegrenzende, Medizinisches Versorgungs-Zentrum (MVZ), Mengenentwicklung, der Leistungen in Punkten, Met5hodenbewertungsverfahren, Minderausgaben, Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen, Mittelwert, arithmetischer der Ordinationsgebühren der aufgeführten Arztgruppen ³⁾, Mindestkontakte, Mindestpunktwert, -, Psychotherapie Mindestpunktzahlen, Mitbehandlung, Morbidität, - kassenspezifische, Morbiditätsindizes, Morbiditätsstruktur, nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Morbiditätsveränderungen, 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, Notfallleistungen,</p>	<p>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, Praxisstutz, 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,</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>Pseudonymisierungsverfahren, Punkte, anerkannte, -, „grüne“, -, „rote“, , einvernehmlich festgestellte, Punktmengenneutralität, Punktvolumen, Punktwert, Punktwert, arztindividueller, -, bundeseinheitlicher, -, kalkulatorischer, -, praxisindividueller, -, quotierter, - regionaler, Punktwertdifferenz, Punktwerte, abgestaffelte, Punktwertermengen, -, ausgedeckelte, -, eingedeckelte, Punktwerzuschläge, 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, Quartalspunktwerter, Quartalsquote, Quartalssaldo, Quittung, Q1.4-Punkte, Quote, für Fallpunktzahl, Quote „Q“, Quotierung, QZV, arztindividuelles, - -Nummer,</p>	<p>Rabattverträge, Rahmenempfehlungen, 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, Restpunktwerter, 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,</p>	<p>- für Rückkehrer in Selektivvertrag, Rückforderung, Rückstellungen, zweckgebundene, -, aus positivem Quartalssaldo, Rundungsdifferenzen, Sachkosten, Sachkostenpauschale, Satzart LABPCR, Schaden, sonstiger, Schätzverfahren, Scheinkennzeichen C und L, Schlichtungsstelle, Schutzimpfungen, Schwerpunkte, Schwerpunktsbezeichnung, Selektivverträge, Selektivvertragliche Teilnahme, Seniorpartner, Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf, Sicherstellungsumlage, Soll-Umsatz, Soll-Leistungsbedarf, Sonderausgabenvolumen, Sonderbedarfsfeststellung, Sonderkostenträger, Sonderregelungen Psychotherapie, 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, Stützpunktwerter, Stressecho- und Katheteruntersuchungen, Stützungen, für Hausbesuche und gastroenterologische Leistungen, Substitutionsbehandlung, Summenstatistik, Tätigkeitsumfang, Teilberufsausübungsgemeinschaft, Teilbudget, für belegärztliche Tätigkeit, -, gem. HVM -, , krankenhauseretzender Operationen, -, übriger ambulanter Operationen, Teilleistungen, Teilleistungen, ärztliche Teilradiologie, Teilvergütungsvolumina, gemäß § 7Abs.1 Nr. 1 und 2 HVM, Terminservicestellen, Therapiefrequenz, Toleranzzeiten, gemäß der Kinderrichtlinie ...,</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>Transcodierungstabelle, Trennungsfaktoren, Überführung, von Leistungen, Überführungstermin, Übermittlungskosten, Überprüfung der Indikation, Überschreitung OIII, Übersorgung, 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, 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,</p>	<p>- arztgruppenspezifischer, Vergütungsvereinbarung, Vergütungsvereinbarung, Vergütungsvolumen, für abgestaffelte Preise, versorgungsbereichsspezifisch, Verhandlungsergebnis, zum Honorarvertrag, Verlagerungseffekte, Verlangen, besonderes der Krankenkassen, 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,</p>	<p>Vertragliche Anmerkung, Vertragsärzte, - delegierende, Vertragsarztsitz, Vertragsgebiet, Vertragstherapeuten, Verwaltungsgebühr, Verwaltungskomplex, Verwaltungskosten, Verwaltungskostenumlage, Verweilen, Verzeichnis, nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden, Volumen, je Arzt, 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, Wunscheleistungen, 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,</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

Zuschläge

- , zu ambulanten Operationen,
 - , zur Gebührenordnungsposition,
 - , zur Grundversorgung,
 - , zu Hausbesuchen,
 - , für Röntgenleistungen,
 - , nach Quotierung,
- Zuschlagkataloge,
Zuschlagziffern,

Zusatzbudgets, bedarfsabhängige,

- , für Gemeinschaftspraxen,
 - , gebietsbezogene,
 - , qualifikationsbezogene,
 - , fallzahlabhängige,
 - , Erweiterung auf Antrag,
- Zusatzbudget-Nr.
der KV-Datenbank ¹⁾
Zusatzpauschale,
Zusatzvergütung,
Zusatzvereinbarungen, auf Bundes-
und Landesebene,

Zusatzvolumen,

- qualitätsgebundenes,
- Zuschlag
- zur Gebührenordnungsposition,
 - für Terminvermittlung,
 - für Authentifizierung,
- Zusatz, 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.