

**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, Abrechnungsdaten, zweier Jahre, 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</p> | <p>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, Apparategemeinschaft, 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,</p> | <p>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 Untersuchungs- ergebnissen, Begründung, von Mehrfachvisiten, Behandlung, schwerpunktüber- greifende, Behandlungsausweise, Behandlungsbedarf, -, bereinigter, - in Punkten je Krankenkasse, - je historischem Versicherten, - kassenspezifischer, -, vereinbarter morbiditätsbedingter, Behandlungsdaten, Behandlungsdiagnosen, 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, Benehmensherstellung, Beratungs- und Betreuungs- Grundleistungen, - hausärztliche, - fachübergreifende, Beratungsleistungen, Beratungsmehraufwand, Berechnungsausschlüsse, analoge, Berechnungsfähigkeit, Berechtigung, zur Abrechnung,</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

| | | |
|---|--|--|
| Bereinigung, -, des arzt- u. praxisbezogenen Regelleistungsvolumens, -, 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) Bewertungsaus- schusses, Beschlüsse, mehrteilige, 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 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), Einmalershöhen, 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, Extrabudgetäre Vergütung, | 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 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, |
|---|--|--|

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>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, Feldtests, Finanzvolumen, Folgebescheinigung, Folgequartale, Förderungswürdige Leistungen und Komplexe, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenzahlungsausgleichs- volumen, Fristverlängerung, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Frühbehandlungsstrukturvertrag, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern, Gebietsbezeichnung Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte, Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene, Streichung, Gemeinschaften, soziale, Gemeinschaftspraxen, Genehmigung, der Kassenärztli- chen Vereinigung, Genehmigungsverfahren, der Krankenkasse bei Verordnung, Gerätenachweise, Gesamtleistungsbedarf, Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 1, ²⁾ Gesamtvergütung, - bereinigte - budgetierte, - kassenübergreifende, - morbiditätsbedingte, - pauschalierte, - unbereinigte, - zutreffende, Gesamtvergütungssumme, Gesamtverträge, Gesamtvertragspartner, Geschlechtsgruppen, Gesundheitszentrum Flüchtlinge,</p> | <p>GKV-Punktwert, rechnerischer, bundesdurchschnittlicher Punktwert des Jahres 1994, Gesamtpunktzahl, Gesamtpunktzahlen, arztgruppen- bezogene begrenzte, Gesamtpunktzahlanforderung, Gesamtvergütung, - kassenübergreifende, - morbiditätsbedingte, - morbiditätsorientierte, - trennungsrelevante, Gesamtverträge, Gesamtvertragsvereinbarungen, Gesprächsdauer, Gesundheitskarte, elektronische, Gesundheitsuntersuchungs- Richtlinie, Grenzfallzahl, 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 be- handlungsfallbezogener Leistung, Hausarzt, Hausbesuche, Förderung der Heilmittel- Richtgrößenvereinbarung, Hilfen, sonstige, - nichtärztliche, Hilfsmittel, Höchstwert, für Laborgemein- schaften, Home-Care-Stützung, Honorar, quotiertes, Honorarfestsetzungsbescheid, Honorargutschrift, Honorarkorrekturen, nachträgliche, Honoraruntergruppe, Honorarvergütung, Honorarverluste, arztgruppenspezifische, überproportionale,</p> | <p>Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Honorarverteilungsquote, Honorarverteilungsvertrag, Honorarvertrag, Honorarvolumen, Höchstpunktzahlen, Höchstwert, Höchstwert je Arzt, HzV-Vertrag, ICD, ICD-10-GM vollständiges komprimiertes Modell IGe-Leistungen, Impfungen, Impfleistungen der EK'n, Impfvereinbarungen, Indexpatient, Indikationsauftrag, Indikationsgebiete, Indikationskriterien, Individualbudget, Informationsobjekte, medizinische, Inhalte, abrechnungsrelevante, Institutsambulanzen, geriatrische, Interoperationsverzeichnis, Interpretationsbeschlüsse, Investitionskostenabschlag, Istumsatz, durchschnittlicher, mit der Arztzahl gewichteter, Job-Sharing, Juniorpartner, Jungpraxen, Jugendgesundheitsunter- suchungen, Kalkulationsmodell, Kalkulationspunktwert, Kalkulationszeit, Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene, Kappungsgrenze, zeitbezogene, Kassen, laborbudgetrelevante, Katalog, förderungswürdiger Kataloglegende, Kennzeichnungspflicht, Kennziffer, Klammerfälle, Klassifikationsmodell, gemäß 309. Sitzung des Bewertungsausschusses, KM6-Alters- und Geschlechts- klasse, Kollektivvertrag, Komponente, demographische, Kontakt, persönlicher, Kooperationsgrad, Kooperationszuschlag, KO-Leistungen, hausärztliche, Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale, Konsiliaruntersuchung, Konsultationsgebühr, Konsultationspauschale,</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>Konvergenzregel, Kooperationsgrad, Kopfpauschale, Kooperationszuschlag, Korrektur, der Punktwerte, Korrekturlieferungen, Korrekturverfahren, Korrekturvorbehalt, Kosten, von Praxen je Praxisinhaber, Kostendaten, Kostendifferenz, gemäß § 106b, Abs. 2a SGB V, Kostenerstattung, Kostenträger, sonstige, Kostenpauschale, Kostensatz, bundesdurch- schriftlicher arztgruppenbe- zogener prozentualer des Jahres, Krankengeldfall, potentieller, Krankenhausärzte, - ermächtigte, Krankenkassen, Anteile, Krankheitsfall, Krankheitsausfälle, Krankheitsvertretung, Kriterien, des Deutschen Konsortiums, Kuratorium für Hemodialyse, 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, - psychotherapeutische, - quotierte, - Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungsbedarf -, anerkannter, -, arztgruppenspezifischer, -, belegärztlicher, -, budgetärer,</p> | <p>-, 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, -, indikationspezifische historische je Patient, Leistungsmengenerweiterung, Leistungspositionen, Leistungsstruktur, Leistungsumfang, Leitsubstanzen, Leitsubstanzquote, Löschung, vollständige, Malus, Mammographie-Screening, Maßnahmen, mengenbegrenzende, Medizinisches Versorgungs- Zentrum (MVZ), Mehrfachberechnungen, Mengenentwicklung, der Leistungen in Punkten, Met5hodenbewertungsverfahren, Minderausgaben, Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fall- punktzahlen, Mittelwert, arithmetischer der Ordnationsgebühren 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,</p> | <p>nach § 130b SGB V, Nachschusspflicht, der Krankenkassen, Nachgutachten, Nachvergütung, Nachtgebühr, Nebenbestimmung, zum Honorarbescheid, Nebenbetriebsstätte, Nebeneinanderberechnung, Nebeneinanderberechtigungs- ausschlüsse, Neufestsetzung, nachträgliche des Honoraranspruchs, Neupatienten, Neupraxen, Nichtbeanstandung durch BMG, Notfallärzte, Notfalldienst, organisierter, Notfallkonsultationspauschale I und II, Notfalleleistungen, Notfallordinationsgebühr, Notfallvergütung, ambulante, Operationen, förderungswürdige, Operative ambulante Leistungen, Operationenschlüssel, OPS, Ordnationsgebühr, Ordnationskomplex, 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,</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

Paxispersonal-Patienten-Kontakte,
im Rahmen Videosprechstunden,
Praxissitz,
Praxisstruktur,
Präambel zum Gebührenordnungs-
abschnitt,
Präsenzpflicht,
Preis, abgestaffelter,
Probenuntersuchungen,
Profil, Tages-, Quartalsprofil,
Protokoll, Zu- und Absetzungen,
Protokollnotiz,
Protokollnotiz, zur Änderung des
Beschlusses,
Prozedurenklassifikation,
Prozedurenschlüssel,
Primärkassen,
Prüfgremien,
Prüfvereinbarungen,
Prüfzeit,
Prüfzeiträume,
Pseudo-Ziffer,
Pseudonymisierungsverfahren,
Punkte, anerkannte,
-, „grüne“,
-, „rote“,
, einvernehmlich festgestellte,
Punktmengenneutralität,
Punktvolumen,
Punktwert,
Punktwert, arztindividueller,
-, bundeseinheitlicher,
-, kalkulatorischer,
-, praxisindividueller,
-, quotierter,
-, regionaler,
Punktwertdifferenz,
Punktwerte, abgestaffelte,
Punktwertermen,
-, 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 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,
Quartalspunktweite,
Quartalsquote,
Quartalsaldo,
Quittung,
Q1.4-Punkte,
Quote, für Fallpunktzahl,
Quote „Q“,
Quotierung,
QZV, arztindividuelles,
- -Nummer,
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,
Regelungen, abweichende,
Regelwerke der KVen,
Regress,
Relativgewicht,
Relativgewichtssumme,
je Versicherten
Rentner,
Restbereinigungsbetrag, aufgrund
spezialfachärztlicher Versorgung,
Restpunktweite,
Restpunktwertvergütung,
Restvolumen, je Teilnehmer aus
der RLV-Berechnung,
Restwertvergütung,
Richtgrößen,
der Fachgruppe,
Richtgrößenengruppen,
Richtgrößenengruppentypik,
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 Quartalsaldo,
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,
somnia, digitale Anwendung,
Sonderausgabenvolumen,
Sonderbedarfsfeststellung,
Sonderkostenträger,
Sonderregelungen Psychotherapie,
Sonderverträge, regionale,
Sonstige Hilfen,
Sozialgerichtsgesetz,
Speziallaborleistungen,
Sprechstunden, offene,
Standardbewertungssystem,
Standortmerkmale,
Steigerungsrate, höchstzulässige,
Strebweite einer niedrigen Zahl
der für das Zusatzbudget berech-
tigten Ärzte 1)
Strukturfonds,
Strukturmerkmale,
Strukturpauschale, hausärztliche,

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>Strukturverträge, Stützpunktwerte, 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, Telemedizinische Leistungen, Terminservicestellen, Therapiefrequenz, Toleranzzeiten, gemäß der Kinderrichtlinie ..., Transcodierungstabelle, Trennungsfaktoren, Überführung, von Leistungen, Überführungstermin, Übermittlungskosten, Überprüfung der Indikation, Überschreitung OIII, Überversorgung, Überwachungskomplexe, - postoperativ, Überweisungsfälle, Uhrzeitangabe, Ultraschall-Vereinbarung, Umrechnungsfaktor, für Laborleistungen, Umsatz, durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, regionaler durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, belegärztlicher, - Vergleichsarztgruppe, Umsatzsteuer -pflichtige Leistungen, -freie Leistungen, Universitätspolikliniken, Untersuchungs- u- Behandlungsmethoden, anerkannte, Unterversorgung, Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichen Punktzahlwert aus Leistungen des Zusatzbudgets 1), Untersuchungskomplex, präoperativer hausärztlicher, Untersuchungszeiträume, gemäß der Kinderrichtlinie ...,</p> | <p>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, Verlängerung der Beschlüsse, 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,</p> | <p>- geriatrische, - hausarztzentrierte, - integrierte, - palliativ-medizinische, - sozialpädagogische, - spezialfachärztliche ambulante,, - 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, 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,</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

Wirtschaftlichkeit,
Wirtschaftlichkeitsbonus,
Wirtschaftlichkeitsfaktor,
Wirtschaftlichkeitsprüfung,
Wirtschaftlichkeitsreserven,
Wochenendgebühren,
Wochenpauschalen,
Wohnort im KV-Bereich,
Wohnortprinzip,
Wunschleistungen,
Zahlungsaufforderung,
Zeitaufwand, des Vertrags-
arztes,
Zertifizierung,
Zielvereinbarungen,
Zufälligkeitsprüfung,
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,
Zusatzbudgets, bedarfsabhängige,
-, für Gemeinschaftspraxen,
-, gebietsbezogene,
-, qualifikationsbezogene,
-, fallzahlabhängige,
-, Erweiterung auf Antrag,

Zusatzbudget-Nr.
der KV-Datenbank ¹⁾
Zusatzpauschale,
-, für Verlaufskontrolle,
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.