

**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>Abklärungsdiagnostik, gem. §12 der Anlage 9.2 der Bundes- mantelverträge, Abrechnung, kassenseitige, Abrechnungsgenehmigung, Abrechnungsquartal, Abschlag, versorgungsspezifischer, Absetzung, rechnerische, Abschlag, Abstaffelung, -, fallzahlbezogene, Abstaffelungsquote, Abrechnungsfälle, Änderungsvorbehalt, Allgemeinversicherte, Altersfaktoren, Altersgruppen, Altersklassen, Anpassung, -, der Fallpunktzahlen an regionale Versorgungsstruk- turen, -, rückwirkende, Anpassungsfaktor, arztindividueller, 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 ausge- schütteten Honorar des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durch- schnittlichen Betriebsausgaben dieser Ärzte, je Arzt ^{2,3)}, 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, Arzneimittelrichtgröße, Arzneimittelrichtgrößenprüfung, Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV), Arztbezug,</p>	<p>Arztfall, Arztgruppen, Arztgruppentöpfe, Arztnummer, Arzt-Patient-Kontakt, Ärzte, angestellte, Ärzte, ermächtigte, Aufschlag, bei Gemeinschafts- praxen, Aufsatzzeitraum, Auftragsleistungen, Aufwandserstattungen, Ausdeckelung, antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen Ausgabenvolumina, Ausgleichszahlungen, befristete, Ausnahmeereignisse, Ausnahmetatbestand vom Verordnungsausschluss, Aussetzungsfrist, Auszahlpunktwert, Prävention, -, , Praxisnetz, -, , Primärkassen -, , individueller, Bagatellgrenze, Bedarfsplanungs-Richtlinie, Begrenzungsregelungen, honorarwirksame, Befundung von Untersuchungs- ergebnissen, Beratungs- und Betreuungs- grundleistungen, hausärztliche, fachübergreifende, Begründung, von Mehrfachvisiten, Behandlung, schwerpunktüber- greifende, Behandlungsausweise, Behandlungsbedarf, -, vereinbarter morbiditätsbedingter, -, bereinigter Behandlungsdaten, Behandlungsfall, budgetrelevanter, Behandlungsfälle -, belegärztliche -, kurativ-ambulante Behandlungsfälle, durchschnittl. Anzahl der kurativ-ambulanten des Jahres 1995 der betreffenden Arztgruppe, je Arzt Behandlungskomplexe, postoperativ, Belegärztliche Tätigkeit, Belegstation, Beratungsleistungen, Berechnungsfähigkeit Berechtigung, zur Abrechnung, Bereinigung, -, des arzt- u. praxisbezogenen Regelleistungsvolumens., -, des Behandlungsbedarfs, -, morbiditätsbedingter Gesamtvergütung,</p>	<p>Bereinigungsbeiträge, Bereinigungsdaten, Bereinigungsverfahren, -, deklaratorisches, -, Doppelbereinigung, -, fallzahlbezogene, -, Mehrfachbereinigung, Bereinigungsverfahren, arztbezogenes, Bereitschaftspauschale, zum Fallwert Berichtspflicht, Berufsausübungsgemeinschaft, standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Beschluss, jeweils gültiger des (Erweiterten) Bewertungsaus- schusses, Besonderheiten, regionale, Bestandteil, basiswirksamer der Kopfpauschalen, Besuchszeiten, Betriebsstätte, Betriebsstättenfall, Betriebsstättennummer, Betreuung, ambulante operative, Betreuung, tagesklinische Betreuungsgrundleistungen, Bewertungsausschluß, Bewertungsausschuss, erweiterter Bewertungsmaßstab, einheitlicher (EBM), Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (BMÄ), Bezeichnungen: Gebietsbezeichnungen, Schwerpunktbezeichnungen, Bonus, BSG-Urteile, Budget, Budget der Betriebskrankenkassen, Budget der Innungskrankenkassen, Budget der AOK, Budgetaufschlag, Budgetermittlung für Primärkassen, Budgetüberschreitung, Budgetverdopplung, Bundesländer, alte, -, neue, Bundesmantelvertrag, Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), DDD-Volumen, Definitionsauftrag, Demographieindex, Dialysesachkosten, Differenz, zwischen dem durch- schnittlichen Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe und dem des Vertragsarztes multipliziert mit der Fallzahl des Vertrags- arztes,</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>Dokumentationsbogen, 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⁾, Eigenleistungen, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Einzelfallnachweis, Einzelleistungen, Einzelleistung, außerhalb der Kopfpauschale, Einzelleistungsabrechnung, Einzelleistungsvergütung, Erbringen, wirtschaftliche, Erklärung, mitwirkender Arzt über Vereinbarung alleiniger Abrechnung, Ermächtigung, Krankenhausärzte, Ersatzkassen, Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO), Erstattungsansprüche, wegen Überzahlung, Euro-Gebührenordnung, Fachgruppendurchschnitt, Fachgruppenleistungen, Fachgruppenpunktwerte, Fachgruppenquote, Fachkunde, Fachkundenachweise, Fälle: Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall, Reproduktionsfall, Fallkennzeichen A, K, M, Fallzahl der Arztpraxis, -, eines zurückliegenden Abrechnungsquartales, Fallpunktzahl (FPZ), -, Absenkung, -, Abstaffelung, -, Abweichung über alle -, Versicherte, -, Anhebung, -, arztgruppenbezogene -, Aufspaltung nach Nr. 1.5 für Versicherte, -, nach Versichertengruppen, -, je Behandlungsfall, -, nach Ordnungsnummern, -, der Praxis, -, regionale, -, für Rentner, Fallpunktzahlen, differenzierte auf der Basis einer von der KBV vorgenommenen, für das Bundesgebiet repräsentativen Zusammenführung entsprechender Daten ³⁾,</p>	<p>Fallwert, - arztindividueller Vergleichs-RLV-Fallwert, - arztgruppenspezifischer, - KV-spezifischer, Fallwertverlust, Fallwertzuschlag, Fallzahl, budgetrelevante, - Fallzahl, ambulante, - Fallzahl, außerhalb Budget, Fallzahlbereiche, A, B, C, Fallzahldurchschnitt lt. EBM (regionale Berechnung - kurativ-ambulante Behandlungsfälle der Praxis ²⁾ , Fälle, budgetrelevante, -, Zahl der budgetrelevanten gem. Nr. 1.4. der Quartale des Jahres 1996, -, belegärztliche, -, bonusrelevante, -, kurativ-stationäre, Fälle, - Behandlungsfall, - Krankheitsfall, - Betriebsstättenfall, Feiertagsgebühren, Finanzvolumen, Folgequartale Forderungswürdige Leistungen und Komplexe, Fremdkassenzahlungsausgleich, Fremdkassenzahlungsausgleichsvolumen, Früherkennung von Krankheiten - bei Erwachsenen, - bei Kindern, Gebietsbezeichnung Gebietsbezeichnungen, mehrerer Ärzte, Gebührenordnungsposition, krankheitsfallbezogene, Gemeinschaftspraxen, Genehmigung, der Kassenärztlichen Vereinigung, Gerätenachweise, Gesamtleistungsbedarf, Gesamtleistungsbedarf, Anteil in Prozent der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 1, ²⁾ Gesamtvergütung, pauschalierte, zutreffende, kassenübergreifende, unbereinigte, morbiditätsbedingte, Gesamtvergütungssumme, Gesamtverträge, Gesamtvertragspartner, Geschlechtsgruppen, GKV-Punktwert, rechnerischer, bundesdurchschnittlicher Punktwert des Jahres 1994,</p>	<p>Gesamtpunktzahl, Gesamtpunktzahlen, arztgruppenbezogene begrenzte, Gesamtpunktzahlanforderung, Gesamtvergütung, kassenübergreifende, morbiditätsbedingte, trennungsrelevante, Gesamtverträge, Gesamtvertragsvereinbarungen, Gesprächsdauer, Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Grenzfallzahl, Grenzwerte, arztgruppenspezifische, Großgeräte-Leistungen, Grundgebühr, Nr. 3450 EBM, Grundleistungen, Grundlohnsumentensteigerung, Grundpauschale, Grundvergütung, -, hausärztliche, -, fachärztliche, Gruppen, sonstige, Gruppenbehandlungen, Häufigkeit, der Abrechnung behandlungsfallbezogener Leistung, Hausarzt, Hausbesuche, Förderung der Hilfen, sonstige, Hilfsmittel, Höchstwert, für Laborgemeinschaften, Home-Care-Stützung, Honorar, quotiertes, Honorarfestsetzungsbescheid, Honorargutschrift, Honorarkorrekturen, nachträgliche, Honoraruntergruppe, Honorarvergütung, Honorarverluste, arztgruppenspezifische, überproportionale, Honorarverteilungsmaßstab (HVM), Honorarverteilungsquote, Honorarverteilungsvertrag, Höchstpunktzahlen, Höchstwert, ICD, ICD-10-GM vollständiges komprimiertes Modell IGeL-Leistungen, Impfungen, Impfleistungen der EK'n, Indexpatient, Indikationsauftrag, Individualbudget, Inhalte, abrechnungsrelevante, Istumsatz, durchschnittlicher, mit der Arztzahl gewichteter, Job-Sharing,</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>Juniorpartner, Jungpraxen, Jugendgesundheitsunter- suchungen, Kalkulationsmodell, Kapazitätsgrenzen, zeitbezogene, Kappungsgrenze, zeitbezogene, Kassen, laborbudgetrelevante, Katalog, förderungswürdiger ambulanter Operationen, Kataloglegende, Kennzeichnungspflicht, Kennziffer, Klammerfälle, KM6-Alters- und Geschlechts- klasse, Kollektivvertrag, Komponente, demographische, Kooperationsgrad, KO-Leistungen, hausärztliche, Konsultationskomplex, Konsiliarpauschale, Konsiliaruntersuchung, Konsultationsgebühr, Konsultationspauschale, Konvergenzregel, Kopfpauschale, Korrekturverfahren, Korrekturvorbehalt, Kostendaten, Kostenerstattung, Kostenträger, sonstige, Kostenpauschale, Kostensatz, bundesdurch- schnittlicher arztgruppenbe- zogener prozentualer des Jahres 1994 1), Krankenhausärzte, ermächtigte, Krankheitsfall, Krankheitsausfälle, Krankheitsvertretung, Laborbonus, Laborgrundgebühr, Laborpunkte, - zu vergütende, Laborwirtschaftlichkeitsbonus, Langzeittherapie, Leitsubstanzen, Leistungen, „Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger“ - abgerechnete, - antrags- und genehmigungs- pflichtige, - besonders förderungswürdige, - gebietsbezogene, - indikationsbezogene, - krankenhausvermeidende, - kurativ-ambulante, - des ambulanten Operierens, - materialbezogene,</p>	<p>Leistungen, nicht gesondert berechnungsfähige Punktzahl, der Fachgruppe, Leistungsbedarf -, anerkannter, -, arztgruppenspezifischer, -, belegärztlicher, -, budgetärer, -, extrabudgetärer, -, im Regelleistungsvolumen, -, in Punkten, -, über Regelleistungsvolumen, Leistungsbedarfsfaktor, Leistungsbedarfsfallwert, arztgruppenspezifischer, Leistungsbedarfsanteil, Leistungsbegrenzungen, Leistungsdefinitionen, Leistungserbringer, weitere Leistungsinhalte, - obligate, - fakultative, Leistungsgruppen, Leistungskatalog, Leistungskomplexe, Leistungslegende, Leistungsmenge, Leistungsmenge, angepasste je Versicherten Leistungspositionen, Leitsubstanzen, Löschung, vollständige, Malus, Mammographie-Screening, Maßnahmen, mengenbegrenzende, Medizinisches Versorgungs- Zentrum (MVZ), Minderausgaben, Mittelwert, arithmetischer der arztgruppenbezogenen Fall- punktzahlen, Mittelwert, arithmetischer der Ordinationsgebühren der aufgeführten Arztgruppen ³⁾, Mindestkontakte, Mindestpunktwert, -, Psychotherapie Mindestpunktzahlen, Mitbehandlung, Morbidity, Morbidityindizes, Morbiditystruktur, MRT-Punkte, Mutterschaftsvorsorge, Mutterschafts-Richtlinien, Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses, Nachschusspflicht, der Krankenkassen, Nachvergütung, Nachtgebühr,</p>	<p>Nebenbestimmung, zum Honorarbescheid, Nebenbetriebsstätte, Nebeneinanderberechnung, Nebeneinanderberechtigungs- ausschlüsse, Neufestsetzung, nachträgliche des Honoraranspruchs, Neupraxen, Notfallärzte, Notfalldienst, organisierter, Notfallkonsultationspauschale I und II, Notfalleleistungen, Notfallordinationsgebühr, Operationen, förderungswürdige, Operative ambulante Leistungen, OPS, Ordinationsgebühr, Ordinationskomplex, organisierter Notdienst, Orientierungspunktwert, OIII-Leistungen, Parallelentwicklungen, Patientenzahl der Fachgruppe, Pauschale, Vor- und Nachbetreuungs- Pauschalerstattung, Pauschale, Versichertenpauschale, Grundpauschale, Notfallpauschale, Konsiliarpauschale, Planungsbereiche, Planungsbezirke, Plausibilitätskontrolle, Plausibilitätsprüfung, Präventionen, Prävention und Methadon, Praxisbesonderheiten, Praxisbudget, Praxisstz, Praxisstruktur, Präambel zum Gebührenordnungs- abschnitt, Präsenzpflicht, Preis, abgestaffelter, Probenuntersuchungen, Profil, Tages-, Quartalsprofil, Protokoll, Zu- und Absetzungen, Protokollnotiz, Prozedurenklassifikation, Primärkassen, Prüfgremien, Prüfvereinbarungen, Prüfzeit, Pseudo-Ziffer, Punkte, anerkannte, - „grüne“, - „rote“, Punktvolumen,</p>
---	--	--

1) zu Einzelheiten, Aus- und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre KV, die KBV oder Ihre Krankenkasse.

2) Nähere Erläuterungen gibt Ihnen gern der Übersetzungsausschuß der KBV.

3) Einzelheiten zur Berechnung Ihres Honorars erläutern Ihnen gern die Mitarbeiter der KV, Abt. Honorarberechnung.
Bitte wenden Sie sich dort an Herrn B. Gates oder Herrn Albert Ein-Stein.

**Die neue HONORAR-Berechnung:
VON DER KOPFPAUSCHALEN BIS ZUR HONORARGUTSCHRIFT³⁾
WELCHE FAKTOREN IHRE HONORIERUNG BEEINFLUSSEN ³⁾
EINE RECHNUNG MIT SO VIELEN UNBEKANNTEN ³⁾
VON ARZNEIMITTEL-RICHTGRÖSSEN BIS ZUR RÜCKFORDERUNG³⁾**

oder
oder
und

Ein kleines Vokabular für die tägliche Praxis des deutschen Vertragsarztes

<p>Punktwert, Punktwert, arztindividuelle -, praxisindividueller, -, quotierter, Punktwertdifferenz, Punktwerte, abgestaffelte, 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, Qualifikationsnachweis, Qualifikationsvoraussetzungen, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätssicherungsregelung, ambulanter Operationen, Qualitätszuschläge, Quartalsbezug, Quartalsgrenze, Quartalspunktwerte, Quartalsquote, Quittung, Q1.4-Punkte, Quote, für Fallpunktzahl, Quotierung, Rabattverträge, Rahmenvorgaben, Reanimationskomplex, Rechnungszusammenstellung, Referenzfallwert, Regelversorgung, Regelwerke, Regelarbeitszeiten, Regelfall, Regelleistungsvolumen, - -arzt- u. praxisbezogenes nach §78b Abs. 2 und 3 SGB V, - -Berechnung, - -Fallwert der Arztgruppe, - -Facharztquote, - -Hausarztquote, - -Quartalsquote, - -Restvolumen, - -Systematik, - -Transparenzdaten,</p>	<p>Regelwerke der KVen, Regress, Relativgewicht, Relativgewichtssumme, je Versicherten Rentner, Restpunktwerte, Restvolumen, je Teilnehmer aus der RLV-Berechnung, Richtgrößen, der Fachgruppe, Richtgrößensumme, 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, Rückforderung, Rückstellungen, Rundungsdifferenzen, Sachkosten, Schaden, sonstiger, Scheinkennzeichen C und L, Schlichtungsstelle, Schutzimpfungen, Schwerpunktsbezeichnung, Selektivverträge, Seniorpartner, Sicherstellung, besonderer Versorgungsbedarf, Sicherstellungsaufgaben, Soll-Umsatz, Soll-Leistungsbedarf, Sonderbedarfsfeststellung, Sonderverträge, regionale, Sonstige Hilfen, Sozialgerichtsgesetz, Standardbewertungssystem, Steigerungsrate, höchstzulässige, Streubreite einer niedrigen Zahl der für das Zusatzbudget berech- tigten Ärzte 1) Strukturverträge, Stützpunktwerte, Stressecho- und Katheteruntersuchungen, Stützungen, für Hausbesuche und gastroenterologische Leistungen, Substitutionsbehandlung, Summenstatistik,</p>	<p>Tätigkeitsumfang, Teilberufsausübungsgemeinschaft, Teilbudget, für belegärztliche Tätigkeit, -, gem. HVM -, krankenhausersetzender Operationen, -, übriger ambulanter Operationen, Teilleistungen, Teilleistungen, ärztliche Teiltradiologie, Transcodierungstabelle, Trennungsfaktoren, Überführungstermin, Übermittlungskosten, Überprüfung der Indikation, Überschreitung OIII, Übersorgung, Überwachungskomplexe, postoperativ, Überweisungsfälle, Uhrzeitangabe, Ultraschall-Vereinbarung, Umrechnungsfaktor, für Labor- leistungen, Umsatz, durchschnittlicher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, regionaler durchschnitt- licher des Jahres 1994 der betreffenden Fachgruppe in DM, je Arzt 1), Umsatz, belegärztlicher, - Vergleichsarztgruppe, Umsatzsteuer -pflichtige Leistungen, -freie Leistungen, Universitätspolikliniken, Unterversorgung, Untergruppe der Ärzte mit unter- durchschnittlichen Punktzahl- wert aus Leistungen des Zusatz- budgets 1), Untersuchungskomplex, prä- operativer hausärztlicher, Unterversorgung Urlaubsvertretung, Veränderungsrate -, diagnosebezogene Komponente, -, bundesdurchschnittliche, Vergleichsbetrag, Vergleichsgröße, Vergleichsgruppe, Vergleichsertrag, Vergleichszeiträume, Vergütung, hausärztliche, -, veranlasserbezogene, Vergütungsanteile, hausärztliche -, fachärztliche, Vergütungsbereich, arztgruppenspezifischer,</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

Vergütungsvereinbarung,
Vergütungsvolumen,
für abgestaffelte Preise,
versorgungsbereichsspezifisch,
Verlagerungseffekte,
Verlangen, besonderes der
Krankenkassen,
Verordnungsausschluss,
Verordnungsfähigkeit,
Verordnungshöchstkosten,
Verordnungskosten,
-, richtgrößnenrelevante,
-, betriebsstättenbezogene,
Verordnungskostensumme,
Verpflichtung, berufsrechtliche,
zur Beschränkung auf das
Fachgebiet,
Verordnungsweise,
Verrechnung, Über- oder Unter-
schreitung Zusatzbudget,
Versichertengruppe M, A, R,
Versorgung
- hausarztzentrierte,
- vertragsärztliche
überbezirkliche,
Versorgungsalternativen,
Versorgungsauftrag,
Versorgungsbereich,
- hausärztlicher,
- fachärztlicher,
Versorgungsformen,
Versorgungsgrad,
Versorgungsmodelle, hausärztliche,
- Integrierte Versorgung,
Versorgungsquote,
Versorgungsmaß,
Versorgungszeitraum,
der Erstversorgung,
Versorgungszentrum,
medizinisches,

Verteilungsvolumen,
arztgruppenspezifisches,
versorgungsbereichsspezifisches,
Vertragliche Anmerkung,
Vertragsärzte,
Vertragsarztsitz,
Vertragsgebiet,
Vertragstherapeuten,
Verwaltungsgebühr,
Verwaltungskomplex,
Verwaltungskosten,
Verwaltungskostenumlage,
Verweilen,
Verzeichnis, nicht gesondert
abrechnungsfähiger Leistungen,
Vorbehalt, der Zustimmung des
Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale
Sicherheit,
Vorjahresabrechnungsquartal,
Vorwegabzüge,
Wachstumsmöglichkeiten,
unterdurchschnittlicher
Praxen,
Wegebereich,
Wegepauschale,
Weiterbehandlung,
Wertigkeit, der GOP 3452,
Wertstellung,
Widerspruchsbearbeitung,
Wirtschaftlichkeit,
Wirtschaftlichkeitsbonus,
Wirtschaftlichkeitsprüfung,
Wirtschaftlichkeitsreserven,
Wochenendgebühren,
Wohnortprinzip,
Wunschleistungen,
Zahlungsaufforderung,
Zeitaufwand, des Vertrags-
arztes,
Zertifizierung,

Zielvereinbarungen,
Zulassungsausschuss,
Zulassungsbescheid,
Zulassungsstatus,
Zusatzbezeichnung, Berechti-
gung zum Führen,
Zusatzbudget, Repromedizin,
-, qualifikationsabhängiges,
Zusatzbudgetüberschreitung,
Verrechnungspotential,
Zuschlag, quotierter zum
Vergütungsanteil,
Zuschlag, versorgungsspezifischer,
Zuschläge
- , zu ambulanten Operationen,
- , zu Hausbesuchen,
- , für Röntgenleistungen,
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,
Zusatz, lt. Gebührenordnung,
Zuweisung,
Zuwendungszeit,
Zuzahlung, ambulante Behandlung,
- , gesamt
Zweigpraxis

#

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.