

**Beschluss
des Erweiterten Bewertungsausschusses
nach § 87 Abs. 4 SGB V**

**in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009
zur**

**Umsetzung und Weiterentwicklung der
arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

**mit Wirkung zum
01. Januar 2009**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschließt in Ergänzung zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 vom 27./28. August 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 38 vom 19. September 2008, A 1988 – A 1998) und vom 23. Oktober 2008 (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 48 vom 28. November 2008, A 2602 – A 2604) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V das Folgende:

Teil A

**Konvergenzphase für die Vereinheitlichung der Umsetzung der
arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

1. Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen sind die im Beschlusstil F des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung vom 27./28. August 2008 beschlossenen Regelungen, insbesondere zu den Praxisbesonderheiten (Ziffer 3.6), zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten (Ziffer 3.7) und zur Modifikation von relevanten Arztgruppen (Anlage 1), anzuwenden. Sollte es nach Anwendung dieser Regelungen nachweislich weiterhin zu überproportionalen Honorarverlusten und zu Problemen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen

kommen, können die Partner der Gesamtverträge¹ einvernehmlich - ab dem 1. April 2009² und zeitlich begrenzt bis zum 31. Dezember 2010 – das unter den Ziffern 2. bis 4. dargestellte Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen (Konvergenzverfahren) beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind. Es ist sicherzustellen, dass bei der Bewertung der Höhe der Honorarverluste der GKV-Gesamtumsatz einer Praxis, einschließlich der zu erwartenden Vergütung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und einschließlich der Vergütung aus Vorwegabzügen, berücksichtigt wird.

2. Soweit die Gesamtvertragspartner Sonderregelungen nach 1. treffen, werden diese mit dem Ziel einer schrittweisen Anpassung der Regelleistungsvolumen an die sich aus der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ergebenden Regelleistungsvolumen ausgestaltet. Hierzu legen die Partner der Gesamtverträge prozentuale Grenzwerte für die Höhe der Umsatzveränderungen im Vergleich zum Vorjahresquartal fest. Dabei kann von der Vorgabe des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.7 zur Höhe des Honorarverlustes abgewichen werden. Die fortlaufenden Anpassungen des EBM mit Wirkung ab 1. Januar 2008 sind versorgungsbereichs- und arztgruppenbezogen zu berücksichtigen.

Die Anwendung der Beschränkung der Umsatzveränderungen der einzelnen Arztpraxen auf die mit den Grenzwerten festgelegte Höhe erfolgt unter den folgenden Bedingungen:

- a. Die die festzulegenden Grenzwerte nach 2. überschreitende Höhe der Umsatzveränderung im Vergleich zum Vorjahresquartal ist nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden, nicht gewollt und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet.
 - b. Der GKV-Umsatz der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom Umsatz des Vorjahresquartals ab.
 - c. Der Fallwert der jeweiligen Praxis im Abrechnungsquartal weicht um mehr als die vereinbarte Höhe der Grenzwerte gemäß 2. vom entsprechenden Fallwert des Vorjahresquartals ab.
3. Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6 zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt.
 4. Bestehende Differenzen zwischen den sich aus der jeweiligen Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses ergebenden Regelleistungsvolumen und den aus den regionalen Sonderregelungen nach 1. ergebenden Regelleistungsvolumen sind bis zum 31. Dezember 2010 vollständig aufzuheben. Der Bewertungsausschuss stellt zum 1. Januar 2010 fest, ob die getroffenen Maßnahmen zur Konvergenz

¹ Die Bezeichnung „Partner der Gesamtverträge“ bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie gemeinsam und einheitlich die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

² Sofern in einer Region die Regelleistungsvolumen im 1. Quartal 2008 unter Vorbehalt zugewiesen wurden, kann die regionale Sonderregelung auch rückwirkend zum 1. Januar 2009 vereinbart werden.

- ausreichend sind und wird ggf. durch entsprechende Regelungen sicherstellen, dass die Konvergenz vollzogen wird.
5. Der Bewertungsausschuss wird die Umsetzung und Auswirkung seiner Beschlüsse zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten und die Vergütung der Vertragsärzte, insbesondere auch die (Konvergenz-)Regelungen zur Ermittlung und Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen fortlaufend überprüfen und im notwendigen Umfang anpassen.
 6. Hierzu sind im Interesse einer größtmöglichen Transparenz die durch die Gesamtvertragspartner beschlossenen Regelungen nach Ziffer 1. bis 4., die auf dieser Grundlage getroffenen Maßnahmen und ihre Auswirkungen im Vergleich zur Umsetzung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen entsprechend den unveränderten Vorgaben der Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses analog den Regelungen in Teil B dieses Beschlusses durch die Kassenärztliche Vereinigung zu dokumentieren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.
 7. Die Regelungen unter den Ziffern 1. bis 6. lösen keine Nachschusspflicht der Krankenkassen aus und sind nicht schiedsfähig. Bei der Bildung von Rückstellungen gemäß Beschluss Teil G des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung und bei den Vorwegabzügen gemäß Beschluss Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung sind die Auswirkungen der Anwendung von Ziffern 1. bis 3. zum Zwecke der Vermeidung von Unterdeckungen zu berücksichtigen.

Protokollnotiz zu Ziffer 2.:

Der GKV-Spitzenverband geht von folgenden Grenzwerten aus:

- a) *Für den Zeitraum 1. April 2009 bis 31. Dezember 2009 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 80% bzw. 120% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008.*
- b) *Für den Zeitraum 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010 betragen die Grenzwerte gemäß Ziffer 2 70% bzw. 130% des Umsatzes der Arztpraxis bzw. des Arztes im jeweiligen Basisquartal 2008.*

Teil B

Information der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

Mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 7. Sitzung zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, ergänzt und geändert durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 164. Sitzung und des Erweiterten Bewertungsausschusses in der 8. Sitzung sowie durch Teil A dieses Beschlusses, ist in Beschluss Teil F, 3.8 grundsätzlich beschlossen, dass die Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis gemäß der Vorgaben des Beschlusses informiert.

Für die Konkretisierung der Umsetzung dieser Information fasst der Erweiterte Bewertungsausschuss folgenden Beschluss zum Nachweis und zur Auslastung der Regelleistungsvolumen.

1. Grundsätze

- 1.1** Zur Information über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder die Arztpraxis vereinbaren die Partner der Gesamtverträge ein Verfahren auf der Grundlage von 2.
- 1.2** Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen gemäß 2. erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband zum 1. des ersten Monats des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- 1.3** Die Übermittlung der ergänzenden Abrechnungsinformationen bezüglich der Verwendung der bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumen eingestellten Beträge gemäß 3. erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses und den GKV-Spitzenverband für das erste und zweite Abrechnungsquartal 2009 spätestens zum Ende des 6. Monats und ab dem dritten Abrechnungsquartal 2009 spätestens zum Ende des 5. Monats nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungsquartals.
- 1.4** Die nach 1.2 und 1.3 zu übermittelnden Daten sind in elektronisch verarbeitbarem Dateiformat (xls- oder csv-Format) zur Verfügung zu stellen.

2. Nachweis der Ermittlung und Zuweisung der Regelleistungsvolumen

- 2.1** Die konkrete Ermittlung der arztgruppenspezifischen Fallwerte für die Festlegung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen und deren arzt- und praxisbezogene Zuweisung erfolgt in den Spalten 2 der Tabellen 1, 2A und 2B, 3 bis 7 der Tabelle 3 und 1 bis 7 der Tabelle 4 der Anlagen zu diesem Beschluss.
- 2.2** Der in Tabelle 4 der Anlage zu diesem Beschluss geforderte praxisbezogene Ausweis ist nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pseudonymisiert durchzuführen; die Festlegung zum Verfahren der Pseudonymisierung erfolgt in Abstimmung mit dem Institut des Bewertungsausschusses. Aus Gründen des

Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.

3. Information zur Verwendung der bei der Ermittlung eingestellten Werte

3.1 Der Nachweis zur Verwendung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt in Spalte 3 der Tabellen 1, 2A und 2B sowie in Bezug auf die Auslastung der Regelleistungsvolumen in den Spalten 8 bis 14 der Tabelle 4 der Anlagen zu diesem Beschluss.

3.2 Der in Tabelle 4 der Anlage zu diesem Beschluss geforderte praxisbezogene Ausweis ist nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pseudonymisiert durchzuführen; die Festlegung zum Verfahren der Pseudonymisierung erfolgt in Abstimmung mit dem Institut des Bewertungsausschusses. Aus Gründen des Datenschutzes erfolgt der Ausweis in Tabelle 4 zu diesem Beschluss für Arztgruppen mit weniger als 40 Praxen und Praxen mit Alleinstellungsmerkmalen aufgrund eines besonderen Leistungsspektrums oder besonderer Größe ohne Angabe des Arztgruppenkennzeichens und ohne Angabe der Fallzahl.

ANLAGE zum BESCHLUSS
des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V
in seiner 9. Sitzung am 15. Januar 2009
zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen
Regelleistungsvolumen, Teil B Information der Zuweisung und Verwendung der
Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Tabelle 1
Ermittlung des RLV-Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich

Quartal		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
1	2	3
Vereinbarte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Euro		
FKZ-Saldo in Euro		
Abzug Vergütung für Psychotherapie nach Abschnitt 35.2 EBM in Euro		
= RLV-Vergütungsvolumen in Euro		
Anteil hausärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
Anteil fachärztlicher Versorgungsbereich in Prozent		
dabei berücksichtigter EBM-Effekt im hausärztlichen Versorgungsbereich		
dabei berücksichtigter EBM-Effekt im fachärztlichen Versorgungsbereich		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen hausärztlicher Versorgungsbereich in Euro		
Vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen fachärztlicher Versorgungsbereich in Euro		

Tabelle 2A

Höhe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich

Quartal	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
Sachverhalt	Euro	Euro
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Anlage 1 Nr. 5		
3% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1. kein RLV erhalten		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktgleichen BAG und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/Schwerpunkt		
besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102)		
Leistungen im organisierten Notfalldienst		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241 und 04241)		
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3		
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32		
Kostenpauschalen des Kapitels 40		
ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i>		
Summe der Abzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Tabelle 2B
Höhe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich

Quartal		
Sachverhalt	Bei RLV-Berechnung zugrunde gelegte Werte	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss
	Euro	Euro
1	2	3
zu erwartende Zahlungen für die Vergütung von qualitätsgebundenen Leistungen gem. Anlage 1 Nr. 6		
3% des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für die Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Sicherstellungsaufgaben		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für überproportionale Honorarverluste		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für Praxisbesonderheiten		
Rückstellungen gemäß Beschlussteil G für den Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge		
zu erwartende Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1. kein RLV erhalten		
zu erwartende Zahlungen für nicht in Anlage 1 Teil F genannte Arztgruppen		
zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677)		
zu erwartende Zahlungen für den Aufschlag bei arztgruppen- und schwerpunktleichen BAG und Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/Schwerpunkt		
besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102)		
Leistungen im organisierten Notfalldienst		
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)		
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)		
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7		
Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiome (GOP 10230 bis 10324)		
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)		
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323)		
Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)		
ESWL (GOP 26330)		
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte		
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3		
Polysomnographie (GOP 30391)		
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32		
MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7		
Kostenpauschalen des Kapitels 40		
ggf. weitere regional verhandelte Abzüge für: <i>bitte eintragen</i>		
Summe der Abzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich		
RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs		
Angefordertes Vergütungsvolumen im RLV		
Abstaffelungsquote		

Tabelle 3
Ermittlung der Fallwerte

Quartal						
Arztgruppe	Kennzeichen	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LB _{AG} /LB _{VB}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	dabei berücksichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe (RLV _{AG}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe Vorjahresquartal	Fallwert der Arztgruppe
		Prozent		Euro		Euro
1	2	3	4	5	6	7
Hausärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	1					
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	2					
ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben)						
Fachärztlicher Versorgungsbereich						
Fachärzte für Anästhesiologie	3					
Fachärzte für Augenheilkunde	4					
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	5					
Fachärzte für Frauenheilkunde	6a					
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	6b					
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	7					
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	8					
Fachärzte für Humangenetik	9					
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	10					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	10aa					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit	10ab					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	10b					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	10c					

Arztgruppe	Kennzeichen	Anteil der Arztgruppe am Versorgungsbereich (LB _{AG} /LB _{VB}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	dabei berücksichtigter EBM-Effekt	RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe (RLV _{AG}) gemäß Ziffer 3. der Anlage 2 zu Beschluss Teil F	RLV-relevante Fallzahl der Arztgruppe Vorjahresquartal	Fallwert der Arztgruppe
		Prozent		Euro		Euro
1	2	3	4	5	6	7
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	10d					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	10ea					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit	10eb					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	10f					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	10g					
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie	10h					
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	17					
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	11					
Fachärzte für Nervenheilkunde	12					
Fachärzte für Neurologie	13					
Fachärzte für Nuklearmedizin	14					
Fachärzte für Orthopädie	15					
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	16					
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %	18					
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %	19					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	20					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	21					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT	22					
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	23					
Fachärzte für Urologie	24					
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	25					
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung	26					
ggf. weitere regionale Arztgruppen (Kennzeichen vergeben)						

Tabelle 4

Arzt- und praxisbezogene Information zu Zuweisung und Auslastung der Regelleistungsvolumen

Quartal													
Arztpraxis-Pseudonym ¹⁾	Anzahl der Ärzte	Kenn-zeichen der Arztgruppe (siehe "Ermittlung Fallwerte") ²⁾	RLV-relevante Fallzahl des Vorjahres-quartals	Zugewie-senes RLV in Euro	Zusatz-RLV aus Fallwert-zuschlägen gem. Anlage 1	Summe RLV	Tatsächliche Werte nach Quartalsabschluss						
							RLV-relevante Fallzahl des aktuellen Quartals	Honorar innerhalb zugewie-senem RLV	Honorar zu abgestaffel-ten Preisen ohne Überschrei-tung Zusatz-RLV	Honorar innerhalb Zusatz-RLV	Honorar zu abgestaffel-ten Preisen der Leistun-gen des Zusatz-RLV	Summe Honorar innerhalb RLV	Summe Honorar zu abgestaffel-ten Preisen
				Euro	Euro	Euro		Euro	Euro	Euro	Euro	Euro	Euro
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

¹⁾ Das einer Arztpraxis zugewiesene Pseudonym muss eine eindeutige Zuordnung im Zeitablauf gewährleisten, sofern sich die Zusammensetzung einer Arztpraxis nicht ändert.

²⁾ Das Kennzeichen ist bei arztgruppenübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sowie gemäß 2.2 und 3.2 nicht anzugeben.