

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2014 Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen

Gestützte Leistung	GOP	Zuschlag	Abrechnungsvoraussetzung für Zuschlag
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	03221	2,63 €	Vorlage von min. 3 chronischen Erkrankungen gem. Anlage 3 zum HVM ab 01.10.2014; gesicherte Diagnose Voraussetzung; endstellige und behandlungsrelevante Kodierung notwendig; Zuschlag wird praxisbezogen gewährt
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	03221	1,75 €	Vorlage von min. 3 chronischen Erkrankungen gem. Anlage 3 zum HVM ab 01.10.2014; gesicherte Diagnose Voraussetzung; endstellige und behandlungsrelevante Kodierung notwendig; Zuschlag wird praxisbezogen gewährt
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	04221	2,63 €	Vorlage von min. 3 chronischen Erkrankungen gem. Anlage 3 zum HVM ab 01.10.2014; gesicherte Diagnose Voraussetzung; endstellige und behandlungsrelevante Kodierung notwendig; Zuschlag wird praxisbezogen gewährt
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	04221	1,75 €	Vorlage von min. 3 chronischen Erkrankungen gem. Anlage 3 zum HVM ab 01.10.2014; gesicherte Diagnose Voraussetzung; endstellige und behandlungsrelevante Kodierung notwendig; Zuschlag wird praxisbezogen gewährt
Gastroskopie	13400	16,69 €	
Kleine Chirurgie	02301	10,00 €	Zuschlag wird einmal pro Behandlungsfall gewährt, ausschließlich für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich und für die Arztgruppe Chirurgen, Kinderchirurgen und Plastische Chirurgie
Kleine Chirurgie	02302	10,00 €	Zuschlag wird einmal pro Behandlungsfall gewährt, ausschließlich für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich und für die Arztgruppe Chirurgen, Kinderchirurgen und Plastische Chirurgie
Schwindeldiagnostik	09324	2,40 €	
Schwindeldiagnostik	09325	5,23 €	
Schwindeldiagnostik	09326	6,68 €	
Hyposensibilisierung	30130	1,87 €	Förderung nur, wenn Provokation vorab (Provokationstest arztunabhängig bis 2009 berücksichtigt)
Hyposensibilisierung	30131	1,41 €	Förderung nur, wenn Provokation vorab (Provokationstest arztunabhängig bis 2009 berücksichtigt)
Provokation	30120	1,31 €	
Provokation	30121	3,29 €	
Provokation	30122	13,23 €	
Provokation	30123	3,29 €	
Urodynamik	08310	12,09 €	
Urodynamik	26312	5,80 €	
Urodynamik	26313	13,01 €	
Prostatastanze	26341	3,75 €	
Fallförderung bei Erbringung eines Spermioграмms	Grundpauschalen	10,00 €	Der Zuschlag erfolgt einmal pro Behandlungsfall auf die Grundpauschale von Gynäkologen, Urologen bzw. Dermatologen, wenn in demselben Behandlungsfall ein Spermioграмm (GOP 32190) erbracht wurde
Transfusionen	02110	4,24 €	
Transfusionen	02111	1,70 €	

Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab ab 1. Oktober 2014 Zuschläge zu HVM-gestützten Leistungen

Gestützte Leistung	GOP	Zuschlag	Abrechnungsvoraussetzung für Zuschlag
Haus- & Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	01410	3,18 €	Zur Gewährung bei Pflegestufe II oder III ist eine Kennzeichnung in jedem Quartal pro zutreffenden Behandlungsfall durch den Arzt mit der Fallkennung 90410P notwendig (unabhängig vom Alter)
Haus- & Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	01411	7,03 €	Zur Gewährung bei Pflegestufe II oder III ist eine Kennzeichnung in jedem Quartal pro zutreffenden Behandlungsfall durch den Arzt mit der Fallkennung 90410P notwendig (unabhängig vom Alter)
Haus- & Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	01412	9,39 €	Zur Gewährung bei Pflegestufe II oder III ist eine Kennzeichnung in jedem Quartal pro zutreffenden Behandlungsfall durch den Arzt mit der Fallkennung 90410P notwendig (unabhängig vom Alter)
Haus- & Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	01413	1,59 €	Zur Gewährung bei Pflegestufe II oder III ist eine Kennzeichnung in jedem Quartal pro zutreffenden Behandlungsfall durch den Arzt mit der Fallkennung 90410P notwendig (unabhängig vom Alter)
Haus- & Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	01415	8,20 €	Zur Gewährung bei Pflegestufe II oder III ist eine Kennzeichnung in jedem Quartal pro zutreffenden Behandlungsfall durch den Arzt mit der Fallkennung 90410P notwendig (unabhängig vom Alter)

Die Zuschläge gelten für niedergelassene Vertragsärzte im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich (nicht im „organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst“).