

Hendrik Dräther · Andreas Gutsch

LISA

Leistungs-**I**nformations-**S**ystem **Ä**rzte



Das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahre 2018

Auswertung der GKV-Frequenzstatistik

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Das Leistungsgeschehen in der
Vertragsärztlichen Versorgung
im Jahre 2018
Auswertung der GKV-Frequenzstatistik

Berlin, August 2019

Hendrik Dräther, Andreas Gutsch
Forschungsbereich
Ambulante Analysen und Versorgung

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Martin Litsch (Vorsitzender)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Datengrundlage:
GKV-Frequenzstatistik 2018 der KBV,
Jahresrechnung KJ1 2018,
Formblatt 3 der KBV 2018

Satz und Grafik: Melanie Hoberg

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

1	Einführung.....	6
2	Kurzfassung.....	10
3	Abgerechnete Leistungen nach EBM	12
3.1	Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln.....	12
3.2	Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten	14
3.3	Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereich	19
4	Häufigste und umsatzstärkste Leistungen nach Arztgruppen	21
4.1	Häufigste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen.....	21
4.1.1	Allgemeinmedizin	21
4.1.2	Anästhesiologie.....	23
4.1.3	Augenheilkunde	24
4.1.4	Chirurgie.....	25
4.1.5	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	26
4.1.6	Fachwissenschaftler.....	27
4.1.7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	28
4.1.8	Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	29
4.1.9	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	30
4.1.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	31
4.1.11	Humangenetik.....	32
4.1.12	Innere Medizin	34
4.1.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	35
4.1.14	Kinderheilkunde.....	36
4.1.15	Laboratoriumsmedizin	37
4.1.16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	38
4.1.17	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie).....	39
4.1.18	Neurochirurgie	40
4.1.19	Neurologie	41
4.1.20	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	42
4.1.21	Nichtärztliche Psychotherapeuten.....	43
4.1.22	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	44
4.1.23	Nuklearmedizin	45
4.1.24	Orthopädie.....	46
4.1.25	Pathologie	47
4.1.26	Phoniatrie und Pädaudiologie.....	48

4.1.27	Physikalische und rehabilitative Medizin	49
4.1.28	Psychiatrie und Psychotherapie	50
4.1.29	Psychotherapeutische Medizin	51
4.1.30	Radiologie.....	52
4.1.31	Sonstige Leistungserbringer	53
4.1.32	Strahlentherapie	54
4.1.33	Urologie.....	55
4.2	Umsatzstärkste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen	56
4.2.1	Allgemeinmedizin.....	56
4.2.2	Anästhesiologie	58
4.2.3	Augenheilkunde	59
4.2.4	Chirurgie.....	60
4.2.5	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N. L.).....	61
4.2.6	Fachwissenschaftler	62
4.2.7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	63
4.2.8	Gemeinschaftspraxen (fachungleich).....	64
4.2.9	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.....	65
4.2.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten	66
4.2.11	Humangenetik.....	67
4.2.12	Internist.....	69
4.2.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	70
4.2.14	Kinderarzt	71
4.2.15	Laboratoriumsmedizin	72
4.2.16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	73
4.2.17	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	74
4.2.18	Neurochirurgie	75
4.2.19	Neurologie.....	76
4.2.20	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.....	77
4.2.21	Nichtärztliche Psychotherapeuten	78
4.2.22	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten.....	79
4.2.23	Nuklearmedizin	80
4.2.24	Orthopädie	81
4.2.25	Pathologie	82
4.2.26	Phoniatrie und Pädaudiologie	84
4.2.27	Physikalische und rehabilitative Medizin	85
4.2.28	Psychiatrie und Psychotherapie	86
4.2.29	Psychotherapeutische Medizin	87
4.2.30	Radiologie.....	88
4.2.31	Sonstige Leistungserbringer	89
4.2.32	Strahlentherapie	90
4.2.33	Urologie.....	91
5	Budgetierte und extrabudgetäre Leistungen.....	92

6	Anhang.....	93
6.1	Definition: „Arztgruppen“	93
6.2	Umrechnungsfaktor für den Leistungsbedarf.....	94

1 Einführung

Mit dem Bericht zum Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung wird ein empirischer Blick auf gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnete ärztliche Leistungen geworfen. Die vertragsärztliche Versorgung nach §§ 72 ff. SGB V, die das Sozialgesetzbuch nach § 73 SGB V auch als „Kassenärztliche Versorgung“ bezeichnet (im Folgenden: vertragsärztliche Versorgung), wird nach § 73 Abs. 2 SGB V inhaltlich konkretisiert. Jedoch gilt diese Konkretisierung „ambulanten Leistungen“ auch für weitere ambulante Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Vereinfachend ausgedrückt besteht die vertragsärztliche Versorgung aus ambulanten Leistungen, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. Die Gesamtverträge nach § 83 SGB V, die Gesamtvergütung (§ 85 SGB V), die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (§ 87a SGB V) und weitere gesetzliche Vorgaben (§§ 83 ff. SGB V) bilden dabei wesentliche und die Vergütung betreffende sozialrechtliche Grundlagen.

Neben den niedergelassenen, bei ihnen angestellten und (zur vertragsärztlichen Versorgung) ermächtigten Ärzten beteiligen sich Krankenhäuser (z. B. im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V) an der ambulanten Versorgung, die ihre Leistungen aber oftmals *direkt* mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Gleiches gilt für die Krankenhäusern nahestehenden Einrichtungen, wie z. B. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB oder Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Diese Leistungen bildet die Frequenzstatistik nicht ab.

Unter den ambulanten vertragsärztlichen Leistungen finden sich auch originär stationäre Leistungserbringer. So werden ambulante Notfalleistungen (Leistungen des Kapitels 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) der Notfallambulanzen der Krankenhäuser über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen abgerechnet. Diese Leistungen sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und der GKV-Frequenzstatistik. Ebenso können Krankenhausabteilungen oder in Krankenhäusern beschäftigte Ärzte „ermächtigt“ werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Auch in solchen Leistungsfällen sind Krankenhäuser und – in quantitativer Hinsicht jedoch weniger bedeutend – krankenhausnahe Einrichtungen Teil der vertragsärztlichen Versorgung, zu der auch belegärztliche Leistungen niedergelassener Ärzte im Rahmen stationärer Versorgung zählen.

Die detaillierten Analysen im dritten und vierten Kapitel basieren auf den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellten Daten der GKV-Frequenzstatistik, in der innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnete Leistungen des Jahres 2018 ausgewiesen sind.

Der in den Tabellen ausgewiesene Leistungsbedarf wird in Punkten angegeben.¹ Wenn der Leistungsbedarf in Euro abgerechnet wurde, wird dieser mittels des Orientierungswertes (§ 87 SGB V) in Punkte umgerechnet (siehe Kapitel 6.2) und zum in Punkten angeforderten Leistungsbedarf addiert. Nur im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung

¹ Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten rechnen ihre Leistungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab, sofern es auf der regionalen Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung keine abweichenden Vergütungsregelungen gibt. Im Rahmen des EBM werden Leistungen entweder in EBM-Punkten (im Folgenden: Punkte) oder aber in Euro-Beträgen abgerechnet.

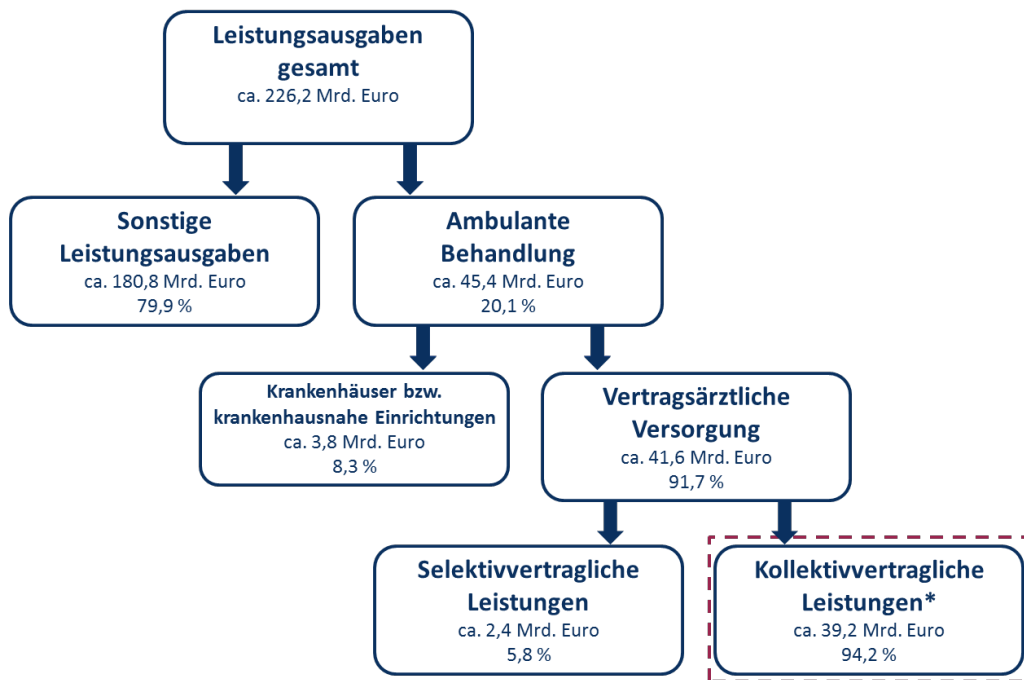
Hamburg wurde ein vom Orientierungswert abweichender regionaler Punktwert festgelegt. Um für die gesetzliche Krankenversicherung allgemeine Aussagen über Leistungsbedarfe abbilden zu können, wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts bundeseinheitlich mit dem Orientierungswert 0,106543 EUR über alle Regionen Deutschlands hinweg gearbeitet.

Außer im vertragsärztlichen Bereich werden ambulante Leistungen auch unter anderen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie von anderen Leistungserbringern erbracht. Dazu zählen insbesondere die Versorgung von Patienten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V sowie in Krankenhäusern und krankenhausnahen Einrichtungen, sofern diese ihre Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Um einen Überblick über die Zusammensetzung der Gesamtausgaben für die ambulante Behandlung, die vertragsärztliche Versorgung und deren Anteil an allen Leistungsausgaben innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu bekommen, werden folgende Konten der Jahresrechnung KJ 1 zugrunde gelegt:

- 4000 Ärztliche Behandlung (ohne 4003 bis 4005)
- 4003 Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen
- 4010 Ambulantes Operieren (ohne 462)
- 4020 Dialyse-Sachkosten
- 4030 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V
- 4033 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V
- 4036 Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- 4040 Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043 bis 4045)
- 4043 Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V
- 4050 Soziotherapie nach § 37a SGB V
- 4060 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 4080 Leistungen nach § 73b SGB V
- 4090 Leistungen nach § 73c SGB in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung
- 4610 Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615)
- 4613 Vor- und nachstationäre Psychiatrische Krankenhausbehandlung
- 4620 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- 5200 Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern
- 5210 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen
- 5220 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern
- 5230 Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten
- 5300 Ärztliche Beratung und Behandlung
- 5430 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V

- 5433 Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- 5440 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- 5443 Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- 5500 Ärztliche Betreuung
- 5700 Integrierte Versorgung – Ambulante ärztliche Behandlung

Abbildung 1: Leistungsausgaben der ambulanten Behandlung 2018



--- Leistungen der Frequenzstatistik

* Inklusive über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Leistungen nach §§ 73b/c/140a SGB V sowie Leistungen der ambulanten Notfallversorgung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser

Quelle: Jahresrechnung KJ1 2018

© WIdO 2019

Im Jahr 2018 wurden seitens der gesetzlichen Krankenversicherung rund 45,4 Mrd. Euro bzw. 624 Euro je Versicherten für die ambulante Behandlung aufgewendet. Der Anteil der Leistungsausgaben für ambulante Behandlungen an allen Leistungsausgaben verringerte sich geringfügig von 20,2 % im Jahr 2017 auf 20,1 % im Jahr 2018. Von den rund 45,4 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung insgesamt entfallen rund 41,6 Mrd. Euro auf die vertragsärztliche Versorgung und 3,8 Mrd. Euro auf Krankenhäuser bzw. krankenhaunae Einrichtungen.

Die 41,6 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung im vertragsärztlichen Bereich beinhalten etwa 39,2 Mrd. Euro für kollektivvertragliche Leistungen inklusive Leistungen nach §§ 73b, 73c und 140a, sofern diese Leistungen unter Beteiligung der KVen abgerechnet wurden. Etwa 2,4 Mrd. Euro entfallen auf selektivvertragliche Leistungen ohne Beteiligung der KVen. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Ausgaben für selektivvertragliche Leistungen (ohne Beteiligung der KVen) um etwa 12,5 % und erneut deutlich angestiegen.

In der 3.1 wird die Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie der Leistungsbedarf in Punkten ausgewiesen. Die Gruppierung erfolgt nach EBM-Kapiteln, ergänzt durch die Gruppierung „Gebührenordnungsnummern ≥ 80000 “.

Die Tabelle 2 enthält Angaben zur Anzahl der abgerechneten Leistungen und zum Leistungsbedarf in Punkten gegliedert nach EBM-Abschnitten, ergänzt durch die Gruppierung „Gebührenordnungsnummern ≥ 80000 “.

Die Tabelle 3 enthält, gegliedert nach Arztgruppen, Angaben zu der Anzahl abgerechneter Leistungen und zum Leistungsbedarf in Punkten. Zusätzlich wird der Leistungsbedarf in Punkten nach „arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen“, „arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen“, „Versorgungsbereich hausärztlich/fachärztlich“, „Kostenpauschalen“ und „Gebührenordnungsnummern ≥ 80000 “ ausgewiesen.

2 Kurzfassung

1. Im Jahr 2018 wurden etwa 45,4 Mrd. Euro bzw. 20,1 % des Leistungsvolumens der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für die ambulante Behandlung ausgegeben. Das entspricht dem Niveau des Vorjahrs. Davon entfällt der überwiegende Anteil in Höhe von 41,6 Mrd. Euro auf die vertragsärztliche Versorgung (inklusive aller Selektivverträge) sowie 3,8 Mrd. Euro auf Krankenhäuser bzw. krankenhausnahe Einrichtungen. Etwa 39,2 Mrd. Euro bzw. 536 Euro je Versicherten wurden für kollektivvertragliche Leistungen ausgegeben. Dies entspricht einer Steigerung von 2,5 % absolut bzw. 1,8 % je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr.
2. In der GKV-Frequenzstatistik, die die kollektivvertragliche Versorgung abbildet, ist der Leistungsbedarf in Punkten 2018 absolut um 0,9 % im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Der Leistungsbedarf je Versicherten stieg wie im Vorjahr um 0,2 %. Die höheren Ausgaben für kollektivvertragliche Leistungen (Punkt 1) sind daher in erster Linie auf einen Preisanstieg zurückzuführen. Die GKV-Ausgaben für in Punkten bewertete Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind infolge der Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 SGB V um über 1,1 % gestiegen. Darüber hinaus werden immer mehr Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne (Budget-)Kürzungen vergütet.
3. Auf die Fachgruppe der Allgemeinmediziner entfallen 27,4 % aller abgerechneten Leistungen. Allerdings sind Allgemeinmediziner – zusammen mit Ärzten anderer Fachrichtungen – auch in fachungleichen Gemeinschaftspraxen sowie in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig (siehe Punkt Nr. 5). Zudem findet ein Teil der hausärztlichen Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung in Selektivverträgen nach § 73b SGB V statt.
4. Unter den eigenständig ausgewiesenen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs stellen die Internisten mit 7,3 % die umsatzstärkste Arztgruppe dar, gefolgt von der Arztgruppe der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem Anteil von 5,8 % am gesamten angeforderten Leistungsbedarfs.
5. Auf fachungleiche Gemeinschaftspraxen (10,4 %) sowie auf Einrichtungen nach § 311 SGB V (12,4 %) entfallen 22,8 % der angeforderten Leistungen. Wie bereits im Vorjahr verzeichnet die letztgenannte „Fachgruppe“ im Vergleich zum Vorjahr eine sehr hohe Steigerungsrate. Im Jahr 2018 lag diese bei 7,3 % und im Vorjahr bei 10 %. In beiden „Fachgruppen“ gibt es einen deutlichen fachärztlichen Versorgungsschwerpunkt (vgl. Tabelle 3).
6. Mit Blick auf die einzelnen EBM-Kapitel ist zu erkennen, dass das EBM-Kapitel 3 „Hausärztlicher Versorgungsbereich“ mit 23,2 % des Leistungsbedarfs das in quantitativer Hinsicht bedeutendste ist. 11,1 % des gesamten Leistungsbedarfs entfällt auf das EBM-Kapitel 1 „Allgemeine Gebührenordnungspositionen“ (siehe auch Punkt Nr. 9).
7. Die „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien“ stellen mit einem Anteil von 7,5 % am GKV-weiten Leistungsbedarf das drittgrößte EBM-Kapitel dar, dessen Leistungen im Vergleich zum Vorjahr um 4,4 % angestiegen sind. Dies ist vor allem auf den Anstieg des EBM-Abschnitts „Nicht antragsfähige Leistung“ von 14,7 % zurückzuführen, in dem im Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinien im Jahr 2017 die „psychotherapeutische Sprechstunde“ sowie die „psychotherapeutische Akutbehandlung“ als neue Leistung aufgenommen wurden.

8. Auf die EBM-Abschnitte 34.02. „Diagnostische Radiologie“, 34.03. „Computertomographie“ sowie 34.04. „Magnet-Resonanz-Tomographie“ entfällt insgesamt 5,2 % des Leistungsbedarfs der kollektivvertraglichen Versorgung. Sie weisen auf einen strukturellen Wandel in der medizinischen Versorgung hin, da dem Leistungsbedarf für das konventionelle Röntgen (diagnostischen Radiologie) mit einem Rückgang von 2,5 % ein steigender Leistungsbedarf bei den Computer- (Anstieg von 3,0 %) und Magnet-Resonanz-Tomographien (Anstieg von 3,0 %) gegenübersteht.
9. In der vertragsärztlichen Versorgung entfallen zunehmend Leistungen für Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (EBM-Abschnitt 1.7 mit ca. 6,8 % der abgerechneten Leistungen). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei diesen Leistungen ein Anstieg um 2,3 % zu verzeichnen. Allerdings ist kein genereller Trend einer zunehmenden Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beobachten. Vielmehr steigt der Leistungsbedarf insbesondere wegen neuer und neu bewerteter Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings sowie des 2018 eingeführten „Ultraschall-Screenings Bauchortenaneurysmen“ (EBM-Leistungen 01747 und 01748).
10. In den vergangenen Jahren war bereits zu beobachten, dass sich der Anteil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) verringert, bei gleichzeitigem Anstieg der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Der Trend der Endbudgetierung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Gesamtvergütung nach § 87 SGB V fällt im Jahr 2018 besonders stark aus, da über die MGV nur noch etwa 66,2 % und über die EGV etwa 33,8 % der Leistungen vergütet wurden (siehe Abbildung 2).

3 Abgerechnete Leistungen nach EBM

3.1 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln

Tabelle 1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln 2018

Leistungen nach EBM-Kapiteln	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
01. Allgemeine Gebührenordnungspositionen	260.812	40.167.397	11,08	0,81
02. Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	28.524	2.027.463	0,56	-1,84
03. Hausärztlicher Versorgungsbereich	848.007	84.196.043	23,23	0,72
04. Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin	78.438	11.486.766	3,17	2,30
05. Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen	9.943	1.119.573	0,31	0,96
06. Augenärztliche Gebührenordnungspositionen	169.564	10.239.834	2,83	-0,43
07. Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen	46.777	3.989.670	1,10	-1,80
08. Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	144.975	7.285.242	2,01	-0,23
09. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen	101.826	7.903.232	2,18	1,28
10. Hautärztliche Gebührenordnungspositionen	83.023	4.409.340	1,22	-0,02
11. Humangenetische Gebührenordnungspositionen	3.855	2.054.292	0,57	18,38
12. Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	58.234	446.507	0,12	0,08
13. Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin	102.850	21.041.981	5,81	1,82
14. Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14.212	1.505.843	0,42	-0,40
15. Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	625	82.000	0,02	5,21
16. Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen	41.225	4.770.879	1,32	3,04
17. Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen	5.258	1.855.508	0,51	-0,07
18. Orthopädische Gebührenordnungspositionen	108.738	8.178.547	2,26	0,73
19. Pathologische Gebührenordnungspositionen	41.663	3.918.745	1,08	4,64
20. Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	2.921	345.865	0,10	4,02
21. Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)	60.386	6.244.964	1,72	-1,76
22. Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	2.434	236.419	0,07	-4,22

...

Fortsetzung Tabelle 1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln 2018

Leistungen nach EBM-Kapiteln	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
23. Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	16.981	2.028.228	0,56	1,60
24. Radiologische Gebührenordnungspositionen	14.130	708.400	0,20	0,76
25. Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen	17.692	4.346.980	1,20	0,85
26. Urologische Gebührenordnungspositionen	43.205	3.306.466	0,91	1,32
27. Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin	5.544	666.322	0,18	-1,25
30. Spezielle Versorgungsbereiche	51.501	9.054.001	2,50	-0,52
31. Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	21.230	14.392.454	3,97	0,24
32. In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin	1.484.556	23.630.653	6,52	-2,55
33. Ultraschalldiagnostik	53.111	7.078.446	1,95	-0,77
34. Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie	48.832	19.588.328	5,40	1,80
35. Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien	97.120	27.289.920	7,53	4,43
36. Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	1.253	838.954	0,23	-3,52
37. Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)	6.168	793.653	0,22	65,95
38. Delegationsfähige Leistungen	1.518	104.898	0,03	-5,90
40. Kostenpauschalen	311.382	22.295.087	6,15	0,12
Gebührenordnungsnummern >= 80000	372.588	2.788.640	0,77	1,27
Gesamt	4.761.100	362.417.536	100,00	0,93

1 Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

2 Anteile bezogen auf den Leistungsbedarf Gesamt in Prozent.

3 Vergleich zum Vorjahr in Prozent.

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2019

3.2 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten

Tabelle 2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2018

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %
01.01. Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	3.551	550.980	0,15	-6,00
01.02. Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	22.787	3.735.434	1,03	2,45
01.03. Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	4.328	643.538	0,18	-2,45
01.04. Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	50.135	7.444.553	2,05	-4,42
01.05. Ambulante Betreuung und Nachsorge	2.252	1.630.291	0,45	1,37
01.06. Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	10.479	479.527	0,13	-0,31
01.07. Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	153.031	24.804.400	6,84	2,27
01.08. Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	14.249	878.673	0,24	6,72
02.01. Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	4.089	361.404	0,10	-1,54
02.02. Tuberkulintestung	3	27	0,00	-9,79
02.03. Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	15.740	1.496.592	0,41	-1,07
02.04. Diagnostische Verfahren, Tests	369	34.367	0,01	-3,00
02.05. Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	8.324	135.074	0,04	-10,06
03.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung	848.007	84.196.043	23,23	0,72
04.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	76.489	10.941.640	3,02	2,26
04.04. Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	1.361	372.207	0,10	2,37
04.05. Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung	587	172.919	0,05	4,67
05.02. Anästhesiologische Grundpauschalen	6.723	369.744	0,10	0,76
05.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	3.199	742.139	0,20	1,22
05.04. Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4	20	7.690	0,00	-11,77
06.02. Augenärztliche Grundpauschalen	141.134	7.793.350	2,15	-0,42

...

Fortsetzung Tabelle 2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2018

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %
06.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	28.431	2.446.484	0,68	-0,45
07.02. Chirurgische Grundpauschalen	44.635	3.548.894	0,98	-1,40
07.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.142	440.776	0,12	-4,85
08.02. Frauenärztliche Grundpauschalen	142.767	6.647.758	1,83	-0,11
08.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.840	305.893	0,08	0,21
08.04. Geburtshilfe	67	82.461	0,02	-17,39
08.05. Reproduktionsmedizin	302	249.129	0,07	3,04
09.02. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen	80.253	5.016.717	1,38	0,80
09.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21.573	2.886.514	0,80	2,13
10.02. Hautärztliche Grundpauschalen	77.000	3.496.551	0,96	0,50
10.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	6.023	912.789	0,25	-1,96
11.02. Humangenetische Grundpauschalen	119	50.734	0,01	8,66
11.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	234	152.853	0,04	10,50
11.04. In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	3.502	1.850.705	0,51	19,38
12.02. Laboratoriumsmedizinische Pauschalen	58.234	446.507	0,12	0,08
13.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung	14.380	1.571.767	0,43	-2,44
13.03. Schwerpunktorientierte internistische Versorgung	88.471	19.470.213	5,37	2,18
14.02. Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen	4.216	396.914	0,11	3,19
14.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	9.996	1.108.929	0,31	-1,63
15.02. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen	457	50.954	0,01	2,50
15.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	167	31.046	0,01	9,98
16.02. Neurologische Grundpauschalen	24.826	1.861.199	0,51	4,48
16.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.399	2.909.680	0,80	2,14
17.02. Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen	2.665	240.279	0,07	-1,55
17.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.593	1.615.229	0,45	0,16
18.02. Orthopädische Grundpauschalen	98.714	6.307.808	1,74	0,74
18.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10.024	1.870.739	0,52	0,70
19.02. Pathologische Konsiliarpauschalen	0	14	0,00	-91,08

...

Fortsetzung Tabelle 2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2018

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %
19.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	40.358	3.148.437	0,87	2,86
19.04. In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	1.305	770.294	0,21	12,62
20.02. Phoniatrie und pädaudiologische Grundpauschalen	1.479	114.632	0,03	3,60
20.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.442	231.233	0,06	4,23
21.02. Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	43.958	3.435.039	0,95	-1,53
21.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.427	2.809.925	0,78	-2,04
22.02. Psychosomatisch und psychotherapeutisch - medizinische Grundpauschalen	1.357	127.297	0,04	0,45
22.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.077	109.123	0,03	-9,14
23.02. Psychotherapeutische Grundpauschalen	8.995	1.165.944	0,32	9,45
23.03. Therapeutische Gebührenordnungsposition	7.986	862.283	0,24	-7,39
24.02. Radiologische Konsiliarpauschalen	14.130	708.400	0,20	0,76
25.02. Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen	693	253.779	0,07	2,16
25.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.999	4.093.201	1,13	0,77
26.02. Urologische Grundpauschalen	41.003	2.787.617	0,77	1,68
26.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.202	518.849	0,14	-0,58
27.02. Physikalisch rehabilitative Grundpauschalen	4.308	430.761	0,12	-0,44
27.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.236	235.560	0,06	-2,69
30.01. Allergologie	5.649	1.169.662	0,32	-2,24
30.02. Chirotherapie	13.382	857.997	0,24	-2,53
30.03. Neurophysiologische Übungsbehandlung	526	38.421	0,01	4,89
30.04. Physikalische Therapie	5.415	373.690	0,10	-1,54
30.05. Phlebologie	1.521	228.380	0,06	0,79
30.06. Proktologie	2.958	289.064	0,08	-0,19
30.07. Schmerztherapie	19.984	4.571.285	1,26	-1,73
30.08. Soziotherapie	74	5.857	0,00	5,96
30.09. Schlafstörungsdiagnostik	965	1.253.274	0,35	6,10
30.10. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	384	155.190	0,04	3,41
30.11. Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	149	70.656	0,02	5,67

...

Fortsetzung Tabelle 2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2018

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %
30.12. Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA	392	18.171	0,01	-5,39
30.13. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	103	22.353	0,01	23,62
31.01. Präoperative Gebührenordnungspositionen	1.144	432.852	0,12	-2,83
31.02. Ambulante Operationen	5.491	8.874.868	2,45	0,80
31.03. Postoperative Überwachungskomplexe	4.385	2.028.574	0,56	0,14
31.04. Postoperative Behandlungskomplexe	4.523	766.071	0,21	0,11
31.05. Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2	2.440	2.082.365	0,57	-1,38
31.06. Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	3.247	207.724	0,06	0,82
32.01. Grundleistungen	437.952	2.289.849	0,63	-3,79
32.02. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	859.271	5.598.260	1,54	-5,17
32.03. Spezielle Untersuchungen	187.332	15.742.544	4,34	-1,39
33.00. Ultraschalldiagnostik	53.111	7.078.446	1,95	-0,77
34.02. Diagnostische Radiologie	31.857	4.326.696	1,19	-2,50
34.03. Computertomographie	5.961	3.606.201	1,00	3,00
34.04. Magnet-Resonanz-Tomographie	10.148	10.967.659	3,03	2,97
34.05. Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	648	543.618	0,15	2,85
34.06. Osteodensitometrie	194	30.808	0,01	-0,23
34.07. Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	23	113.283	0,03	23,81
34.08. Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	2	64	0,00	498,21
35.01. Nicht antragspflichtige Leistungen	38.578	9.789.188	2,70	14,74
35.02. Antragspflichtige Leistungen	41.591	16.950.173	4,68	-0,76
35.03. Psychodiagnostische Testverfahren	16.951	550.559	0,15	5,84
36.02. Belegärztliche Operationen	398	662.043	0,18	-2,97
36.03. Postoperative Überwachungskomplexe	188	20.451	0,01	-2,77
36.05. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2	134	107.282	0,03	-2,75
36.06. Belegärztlich konservativer Bereich	533	49.178	0,01	-12,07
37.02. Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	5.821	703.716	0,19	47,14
37.03. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä	347	89.937	0,02	n.a.
38.02. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern	1.400	94.723	0,03	-8,31

...

Fortsetzung Tabelle 2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2018

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
38.03. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten	117	10.175	0,00	24,49
40.03. Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	43.853	1.089.074	0,30	-1,57
40.04. Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	150.277	808.666	0,22	-2,07
40.05. Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter	94.599	724.976	0,20	-6,83
40.06. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	143	221.202	0,06	-4,56
40.08. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe	10	21.246	0,01	9,21
40.10. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	1.409	603.518	0,17	1,41
40.11. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe	1	3.948	0,00	9,22
40.13. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen	202	408.632	0,11	-2,68
40.14. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	6.208	15.177.004	4,19	0,26
40.15. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie	2.403	2.999.607	0,83	2,88
40.16. Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening	12.277	237.213	0,07	1,58
Gebührenordnungsnummern >= 80000	372.588	2.788.640	0,77	1,27
Gesamt	4.761.100	362.417.536	100,00	0,93

1 Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

2 Anteile bezogen auf den Leistungsbedarf Gesamt in Prozent.

3 Vergleich zum Vorjahr in Prozent.

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

3.3 Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereich

Tabelle 3: Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereiche 2018

Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
					Arztgruppen-übergreifende Leistungen		Versorgungsbereich		Kostenausschalen	GOZ > = 80000
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %	allgemein	speziell	Hausärztlich	fachärztlich		
Allgemeinmedizin	1.406.161	99.094.924	27,34	0,03	11,82	8,81	78,67	0,09	0,53	0,07
Anästhesiologie	21.253	4.111.727	1,13	1,52	1,71	74,62	0,00	23,27	0,38	0,02
Augenheilkunde	170.635	11.976.167	3,30	-2,09	1,03	25,77	0,00	73,00	0,19	0,00
Chirurgie	59.412	6.216.218	1,72	-5,28	6,80	51,48	0,00	40,17	1,52	0,01
Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	744.457	44.949.442	12,40	7,32	6,80	41,85	7,62	30,51	12,40	0,82
Fachwissenschaftler	3.814	95.121	0,03	-16,20	25,60	56,32	0,00	6,90	11,17	0,00
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	331.883	20.959.416	5,78	-1,92	54,58	12,13	0,00	32,06	0,81	0,43
Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	393.271	37.496.127	10,35	0,99	9,76	37,63	9,99	36,00	5,50	1,12
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	125.882	8.597.899	2,37	0,75	2,24	15,11	0,00	82,37	0,26	0,02
Haut- und Geschlechtskrankheiten	122.909	7.354.359	2,03	0,35	11,91	31,03	0,00	56,58	0,28	0,19
Humangenetik	1.883	770.399	0,21	3,00	8,65	2,54	0,00	88,61	0,19	0,00
Internist	169.004	26.504.812	7,31	-1,68	6,95	12,11	0,00	52,87	26,14	1,92
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19.613	2.545.607	0,70	2,34	0,37	14,97	0,00	47,53	0,05	37,08
Kinderarzt	139.456	13.766.887	3,80	1,93	17,89	5,29	76,00	0,07	0,15	0,59
Laboratoriumsmedizin	419.019	4.023.824	1,11	-7,00	1,80	93,49	0,00	2,41	2,30	0,00
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2.113	854.695	0,24	3,74	3,12	89,87	0,00	6,80	0,21	0,00
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	32.155	2.865.607	0,79	-6,96	3,34	9,93	0,00	86,32	0,34	0,06
Neurochirurgie	2.729	377.615	0,10	-8,16	1,97	56,72	0,00	40,92	0,39	0,00
Neurologie	22.570	2.000.245	0,55	5,11	4,43	15,91	0,00	79,12	0,53	0,02
Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	12.839	3.875.554	1,07	8,22	0,15	90,01	0,00	9,80	0,04	0,00

...

Fortsetzung Tabelle 3: Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereiche 2018

Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
					Arztgruppen-übergreifende Leistungen		Versorgungsbereich		Kostenspau-schalen	GOZ > = 80000
		insgesamt ¹ in Tsd.	An-teil ² in %	Vor-jahr ³ in %	allgemein	speziell	Haus-ärztlich	fach-ärztlich		
Nichtärztliche Psychotherapeuten	19.102	6.078.416	1,68	4,39	0,10	92,09	0,00	7,77	0,04	0,00
Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	32.695	9.179.043	2,53	6,32	0,15	90,24	0,00	9,56	0,06	0,00
Nuklearmedizin	9.127	1.255.172	0,35	-2,97	0,19	35,00	0,00	49,35	15,44	0,01
Orthopädie	152.450	10.868.541	3,00	-1,04	3,78	39,24	0,01	55,15	1,82	0,00
Pathologie	41.752	2.847.321	0,79	2,21	10,06	1,97	0,00	80,00	7,90	0,01
Phoniatrie und Pädaudiologie	2.809	247.049	0,07	-1,91	2,73	5,63	0,00	91,31	0,32	0,01
Physikalische und rehabilitative Medizin	5.898	584.298	0,16	-0,98	3,32	35,98	0,00	60,43	0,22	0,04
Psychiatrie und Psychotherapie	24.113	2.199.842	0,61	2,34	5,29	21,54	0,00	72,94	0,23	0,00
Psychotherapeutische Medizin	14.254	3.983.939	1,10	0,99	0,86	88,47	0,00	10,61	0,05	0,01
Radiologie	27.441	6.354.145	1,75	-1,06	2,06	90,41	0,00	6,16	1,37	0,00
Sonstige Leistungserbringer	113.128	11.845.461	3,27	1,45	34,48	17,40	0,75	6,51	40,85	0,01
Strahlentherapie	8.211	2.689.690	0,74	-0,63	0,13	1,21	0,00	57,37	41,21	0,09
Urologie	109.291	5.860.074	1,62	0,43	14,01	29,20	0,00	51,24	0,64	4,91

1 Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

2 Anteile bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent.

3 Vergleich zum Vorjahr in Prozent.

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4 Häufigste und umsatzstärkste Leistungen nach Arztgruppen

Im Folgenden werden sog. Hitlisten arztgruppenspezifisch ausgewiesen.

In den Tabellen zu Kapitel 4.1 werden die 20 häufigsten Gebührenordnungsziffern mit der Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie dem Leistungsbedarf in Punkten für alle Arztgruppen aufgelistet.

In den Tabellen zu Kapitel 4.2 werden die 20 umsatzstärksten Gebührenordnungsziffern mit der Anzahl der abgerechneten Leistungen sowie dem Leistungsbedarf in Punkten für alle Arztgruppen aufgelistet.

4.1 Häufigste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen

4.1.1 Allgemeinmedizin

Tabelle 4: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	3040	162.137	23.999.551	11,53	11,53
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	156.966	1.444.631	11,16	22,69
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3220	93.252	12.120.841	6,63	29,32
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	3230	90.878	6.259.810	6,46	35,79
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	3222	81.365	813.893	5,79	41,57
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	3003	72.740	9.839.791	5,17	46,75
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3221	69.770	2.790.259	4,96	51,71
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	3004	52.750	9.157.679	3,75	55,46
Zuschlag zur GOP 03060	3061	44.572	208.675	3,17	58,63
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	3060	44.093	382.607	3,14	61,77
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	32.604	39.782	2,32	64,08
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	3005	28.275	6.559.402	2,01	66,09
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	3362	13.714	2.108.708	0,98	67,07

...

Fortsetzung Tabelle 4: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Orientierende Untersuchung	32030	10.923	51.259	0,78	67,85
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	10.281	1.561.203	0,73	68,58
Gesundheitsuntersuchung	1732	10.155	3.076.411	0,72	69,30
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	9.893	51.061	0,70	70,00
Besuch eines weiteren Kranken	1413	9.852	1.018.138	0,70	70,70
Besuch	1410	9.662	2.038.464	0,69	71,39
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	3002	7.995	1.331.545	0,57	71,96
GOZ > 80000		199.332	65.251	14,18	86,14
Sonstige		194.954	14.175.962	13,86	100,00
Gesamt		1.406.161	99.094.924	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.2 Anästhesiologie

Tabelle 5: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Anästhesiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	5227	1.924	5.772	9,05	9,05
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	5230	1.301	74.110	6,12	15,18
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	1.077	3.952	5,07	20,24
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	5211	1.005	100.160	4,73	24,97
Präanästhesiologische Untersuchung	5310	986	175.532	4,64	29,61
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	5212	849	99.094	3,99	33,60
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	796	93.446	3,75	37,35
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	567	186.910	2,67	40,02
Zuschlag weitere 15 Minuten	5331	549	136.211	2,58	42,60
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	30701	522	4.679	2,46	45,06
Postoperative Überwachung 3	31503	517	265.170	2,43	47,49
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	491	238.344	2,31	49,80
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	478	337.672	2,25	52,05
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	5315	467	6.999	2,20	54,25
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	459	560	2,16	56,41
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	385	111.938	1,81	58,22
Anästhesie oder Narkose 2	31822	340	426.622	1,60	59,81
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	303	1.564	1,43	61,24
Anästhesie oder Kurznarkose	5330	242	190.240	1,14	62,38
Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	31828	235	67.558	1,11	63,48
GOZ > 80000		3.617	777	17,02	80,50
Sonstige		4.144	1.584.418	19,50	100,00
Gesamt		21.253	4.111.727	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.3 Augenheilkunde

Tabelle 6: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Augenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	6227	25.106	50.121	14,71	14,71
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	6220	24.889	512.128	14,59	29,30
Zuschlag zur GOP 06220	6222	23.880	143.279	13,99	43,29
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	6225	22.127	2.257.910	12,97	56,26
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	6333	16.161	823.507	9,47	65,73
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	6212	14.928	2.351.040	8,75	74,48
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	6211	9.377	1.252.510	5,50	79,98
Perimetrie	6330	4.434	620.371	2,60	82,57
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.310	17.089	1,94	84,51
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	3.122	15	1,83	86,34
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	6321	1.968	354.052	1,15	87,50
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.010	1.232	0,59	88,09
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6210	816	132.942	0,48	88,57
Verwaltungskomplex	1430	664	7.963	0,39	88,96
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	6320	544	115.281	0,32	89,28
Postoperative Überwachung 1	31501	473	67.650	0,28	89,55
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	31341	445	340.549	0,26	89,81
Konsultationspauschale	1436	410	7.378	0,24	90,05
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	367	1.486.022	0,21	90,27
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	31718	307	106.439	0,18	90,45
GOZ > 80000		12.153	130	7,12	97,57
Sonstige		4.145	1.328.560	2,43	100,00
Gesamt		170.635	11.976.167	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.4 Chirurgie

Tabelle 7: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Chirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	7227	7.700	15.381	12,96	12,96
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	7.694	14.263	12,95	25,91
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	7220	5.570	174.818	9,37	35,29
Zuschlag zur GOP 07220	7222	5.330	47.976	8,97	44,26
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	7211	4.790	1.106.360	8,06	52,32
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.876	20.010	6,52	58,85
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	7212	2.798	744.181	4,71	63,55
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.576	1.923	2,65	66,21
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.028	106.407	1,73	67,94
Zuschlag Farbduplex	33075	914	56.572	1,54	69,47
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1321	896	142.420	1,51	70,98
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	7311	815	176.795	1,37	72,35
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	719	186.747	1,21	73,56
Aufnahmen der Extremitäten	34233	706	72.405	1,19	74,75
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	704	59.874	1,19	75,94
Phlebologischer Basiskomplex	30500	594	97.365	1,00	76,94
Postoperative Überwachung 3	31503	392	200.794	0,66	77,60
Fixierender Verband	2350	381	40.359	0,64	78,24
Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	1602	316	3.791	0,53	78,77
Hämorrhoiden-Sklerosierung	30610	264	25.075	0,44	79,21
GOZ > 80000		3.991	879	6,72	85,93
Sonstige		8.359	2.921.823	14,07	100,00
Gesamt		59.412	6.216.218	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2019

4.1.5 Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)

Tabelle 8: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGBV (N.L.)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	45.584	235.318	6,12	6,12
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	43.176	313.461	5,80	11,92
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	23.505	76.294	3,16	15,08
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	20.132	491.297	2,70	17,78
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	15.830	74.290	2,13	19,91
Gamma-GT	32071	14.755	34.622	1,98	21,89
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	14.424	33.846	1,94	23,83
GPT	32070	13.192	30.955	1,77	25,60
TSH	32101	12.763	359.385	1,71	27,32
CRP	32460	12.139	553.015	1,63	28,95
Kalium	32081	10.832	25.417	1,46	30,40
Harnsäure	32064	10.584	24.835	1,42	31,82
GOT	32069	10.323	24.222	1,39	33,21
Glukose	32057	9.817	23.035	1,32	34,53
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	9.784	11.938	1,31	35,84
Natrium	32083	9.183	21.548	1,23	37,08
Cholesterin gesamt	32060	7.900	18.538	1,06	38,14
Triglyceride	32063	7.783	18.263	1,05	39,18
Calcium	32082	7.741	18.165	1,04	40,22
HbA1, HbA1c	32094	7.559	283.803	1,02	41,24
GOZ > 80000		21.999	366.672	2,96	44,19
Sonstige		415.448	41.910.521	55,81	100,00
Gesamt		744.457	44.949.442	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2019

4.1.6 Fachwissenschaftler

Tabelle 9: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Fachwissenschaftler	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	376	9.180	9,86	9,86
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	297	21.987	7,79	17,65
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	284	1.281	7,46	25,11
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	280	1.446	7,35	32,46
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	182	428	4,78	37,24
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	129	607	3,39	40,63
HbA1, HbA1c	32094	99	3.717	2,60	43,22
GPT	32070	93	219	2,45	45,67
TSH	32101	90	2.533	2,36	48,03
Glukose	32057	89	210	2,35	50,37
Gamma-GT	32071	88	206	2,31	52,68
LDL-Cholesterin	32062	86	203	2,26	54,94
Harnsäure	32064	76	179	2,00	56,94
CRP	32460	76	3.500	2,00	58,94
Kalium	32081	75	175	1,96	60,89
GOT	32069	69	162	1,81	62,70
HDL-Cholesterin	32061	63	148	1,66	64,36
Triglyceride	32063	63	148	1,65	66,01
Natrium	32083	61	144	1,61	67,62
Cholesterin gesamt	32060	61	143	1,59	69,21
GOZ > 80000		77	0	2,02	71,23
Sonstige		1.097	48.505	28,77	100,00
Gesamt		3.814	95.121	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tabelle 10: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	8227	33.351	66.587	10,05	10,05
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	8220	32.459	767.955	9,78	19,83
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	32.081	173.653	9,67	29,50
Zuschlag zur GOP 08220	8222	31.436	188.601	9,47	38,97
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	8211	26.954	4.069.270	8,12	47,09
Orientierende Untersuchung	32030	18.412	86.403	5,55	52,64
Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	1822	17.501	1.976.692	5,27	57,91
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung bei der Frau	1730	13.724	2.469.682	4,14	62,05
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	12.711	29.826	3,83	65,88
Scheidensekret- Mikroskopie	1827	10.472	282.699	3,16	69,03
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	1701	8.997	44.948	2,71	71,74
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.643	933.326	2,00	73,74
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	8212	6.429	981.371	1,94	75,68
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	5.557	135.602	1,67	77,35
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	5.231	387.083	1,58	78,93
CTG	1786	3.759	438.333	1,13	80,06
Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	19331	3.016	81.433	0,91	80,97
Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	1820	2.820	31.000	0,85	81,82
Betreuung einer Schwangeren	1770	2.747	3.001.292	0,83	82,65
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	2.475	12.776	0,75	83,40
GOZ > 80000		14.212	90.002	4,28	87,68
Sonstige		40.897	4.710.880	12,32	100,00
Gesamt		331.883	20.959.416	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2019

4.1.8 Gemeinschaftspraxen (fachungleich)

Tabelle 11: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	28.417	103.466	7,23	7,23
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	23.643	122.048	6,01	13,24
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	9.980	12.178	2,54	15,78
Kostenpauschale für Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit den GOP 01752, 01756 und 01758 oder bei Versand bzw. Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien	40852	7.509	35.942	1,91	17,68
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	3040	7.130	1.053.841	1,81	19,50
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	5.396	45.179	1,37	20,87
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	1752	4.939	189.647	1,26	22,13
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	4.214	8.416	1,07	23,20
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	3230	4.111	275.877	1,05	24,24
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3220	3.782	491.369	0,96	25,20
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.669	489.716	0,93	26,14
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	3.663	89.392	0,93	27,07
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	3.402	104.389	0,86	27,93
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	3222	3.352	33.517	0,85	28,79
Zuschlag zur GOP 18220	18222	3.324	26.588	0,85	29,63
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.200	142.706	0,81	30,44
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	3003	2.979	375.429	0,76	31,20
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	7227	2.699	5.389	0,69	31,89
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	2.614	6.133	0,66	32,55
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3221	2.543	101.642	0,65	33,20
GOZ > 80000		26.261	419.219	6,68	39,88
Sonstige		236.446	33.364.045	60,12	100,00
Gesamt		393.271	37.496.127	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

4.1.9 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Tabelle 12: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	9227	18.257	36.445	14,50	14,50
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	9220	18.119	483.145	14,39	28,90
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.896	41.245	14,22	43,11
Zuschlag zur GOP 09220	9222	17.569	123.005	13,96	57,07
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	9211	9.919	2.052.957	7,88	64,95
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9212	7.538	1.610.586	5,99	70,94
Lupenlaryngoskopie	9311	5.570	423.040	4,42	75,36
Tonschwellenaudiometrie	9320	3.358	493.351	2,67	78,03
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	9323	3.035	236.526	2,41	80,44
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	2.351	12.137	1,87	82,31
Nasennebenhöhlen - Sonographie	33010	1.522	91.123	1,21	83,52
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	9361	1.300	167.679	1,03	84,55
Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	9360	1.289	77.316	1,02	85,58
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.064	1.298	0,84	86,42
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.012	95.092	0,80	87,22
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9210	858	216.371	0,68	87,91
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	9324	678	81.279	0,54	88,44
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	593	39.499	0,47	88,92
Allergologiediagnostik II	30111	530	240.396	0,42	89,34
Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	9343	520	80.078	0,41	89,75
GOZ > 80000		5.083	1.487	4,04	93,79
Sonstige		7.820	1.993.845	6,21	100,00
Gesamt		125.882	8.597.899	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.10 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Tabelle 13: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	10227	19.052	38.047	15,50	15,50
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	18.840	57.773	15,33	30,83
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	16.653	295.871	13,55	44,38
Zuschlag zur GOP 10220	10222	16.154	80.717	13,14	57,52
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10211	11.087	1.624.621	9,02	66,54
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.702	1.148.320	6,27	72,81
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	1745	3.177	680.416	2,59	75,39
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.826	121.705	1,49	76,88
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.801	100.829	1,47	78,34
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.491	7.696	1,21	79,56
Selektive Phototherapie	30430	1.303	71.660	1,06	80,62
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.165	1.421	0,95	81,57
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	1.089	2.556	0,89	82,45
Zusatzpauschale Onkologie	10345	963	180.953	0,78	83,24
Kulturelle mykologische Untersuchung	32687	903	38.991	0,73	83,97
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	866	109.339	0,70	84,67
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	740	69.529	0,60	85,28
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	694	57.569	0,56	85,84
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	482	424.706	0,39	86,23
Balneophototherapie	10350	478	190.192	0,39	86,62
GOZ > 80000		6.159	13.898	5,01	91,63
Sonstige		10.283	2.037.550	8,37	100,00
Gesamt		122.909	7.354.359	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.11 Humangenetik

Tabelle 14: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	11513	837	255.821	44,45	44,45
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	232	283	12,32	56,77
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	50	259	2,67	59,44
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11211	43	19.089	2,30	61,74
Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	32882	43	100	2,27	64,02
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	39	29.408	2,05	66,07
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	38	19.942	2,04	68,11
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	36	35	1,91	70,02
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	31	28.821	1,66	71,68
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	31	37.247	1,64	73,32
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	11511	29	6.136	1,56	74,88
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	28	693	1,51	76,39
Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	11301	28	6.333	1,50	77,89
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	25	13.556	1,30	79,20
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	23	12.949	1,24	80,44
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	17	14.264	0,88	81,32
Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	40122	14	117	0,74	82,05

...

Fortsetzung Tabelle 14: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	1839	13	5.851	0,70	82,75
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	12	9.025	0,62	83,37
Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	11502	12	8.177	0,62	83,99
GOZ > 80000		10	0	0,53	84,52
Sonstige		291	302.292	15,48	100,00
Gesamt		1.883	770.399	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.12 Innere Medizin

Tabelle 15: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Internist	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.595	99.575	10,41	10,41
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	15.802	81.564	9,35	19,76
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	9.152	11.166	5,42	25,18
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	13547	5.741	11.421	3,40	28,57
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	5.124	762.615	3,03	31,61
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	13647	4.249	25.436	2,51	34,12
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.189	933.253	2,48	36,60
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.336	1.259.593	1,97	38,57
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	3.239	2.675.177	1,92	40,49
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.701	423.326	1,60	42,09
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	13397	2.528	5.044	1,50	43,58
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.335	509.225	1,38	44,96
Glucose	32025	2.088	31.358	1,24	46,20
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13641	1.912	401.916	1,13	47,33
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	13227	1.666	14.993	0,99	48,32
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13541	1.558	335.736	0,92	49,24
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13391	1.354	269.461	0,80	50,04
Abdominelle Sonographie	33042	1.277	197.579	0,76	50,79
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	1.270	5.703.425	0,75	51,55
Mechanisierter vollständiger Blutstatus	32122	1.223	12.623	0,72	52,27
GOZ > 80000		11.976	509.155	7,09	59,36
Sonstige		68.691	12.231.171	40,64	100,00
Gesamt		169.004	26.504.812	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tabelle 16: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.175	415.015	16,19	16,19
Testverfahren, psychometrische	35601	2.821	78.924	14,38	30,57
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.140	185.961	10,91	41,48
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.549	137.638	7,90	49,38
Testverfahren, standardisierte	35600	1.438	40.234	7,33	56,71
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	14217	880	1.755	4,49	61,20
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	860	226.999	4,38	65,58
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	853	71.416	4,35	69,93
Zuschlag zur GOP 14214	14216	830	19.091	4,23	74,16
Verfahren, projektive	35602	566	26.022	2,88	77,04
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	514	21.062	2,62	79,66
Psychiatrische Betreuung	14240	503	99.391	2,56	82,23
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	251	466	1,28	83,51
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	230	280	1,17	84,68
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	227	95.383	1,16	85,83
Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	30300	125	10.892	0,64	86,47
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	124	641	0,63	87,11
Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	30301	94	2.828	0,48	87,59
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	64	1.081	0,33	87,91
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	14313	47	17.587	0,24	88,15
GOZ > 80000		1.915	943.810	9,76	97,91
Sonstige		409	149.129	2,09	100,00
Gesamt		19.613	2.545.607	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2019

4.1.14 Kinderheilkunde

Tabelle 17: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Kinderarzt	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	21.783	124.467	15,62	15,62
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	4040	21.464	3.229.192	15,39	31,01
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	4002	12.695	2.199.625	9,10	40,11
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	4001	8.831	2.385.100	6,33	46,45
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	4230	8.647	681.336	6,20	52,65
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	4220	4.466	579.918	3,20	55,85
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	4222	4.464	44.614	3,20	59,05
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	4221	2.788	111.371	2,00	61,05
Testverfahren, standardisierte	35600	2.049	57.315	1,47	62,52
Orientierende Untersuchung	32030	1.931	9.063	1,38	63,90
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	4355	1.931	271.101	1,38	65,29
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	4354	1.771	127.435	1,27	66,56
Testverfahren, psychometrische	35601	1.764	49.357	1,26	67,82
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.463	1.785	1,05	68,87
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.390	7.175	1,00	69,87
Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen	32152	1.011	24.189	0,72	70,59
Notfallpauschale	1212	929	181.059	0,67	71,26
Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	1435	910	80.015	0,65	71,91
U3	1713	585	234.895	0,42	72,33
U4	1714	582	233.627	0,42	72,75
GOZ > 80000		20.074	81.720	14,39	87,14
Sonstige		17.929	3.052.530	12,86	100,00
Gesamt		139.456	13.766.887	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.15 Laboratoriumsmedizin

Tabelle 18: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Laboratoriumsmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	25.079	117.694	5,99	5,99
Gamma-GT	32071	24.120	56.598	5,76	11,74
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.886	46.661	4,75	16,49
GPT	32070	19.823	46.514	4,73	21,22
Glukose	32057	17.758	41.668	4,24	25,46
Kalium	32081	17.363	40.742	4,14	29,60
Harnsäure	32064	17.148	40.238	4,09	33,69
TSH	32101	16.329	459.773	3,90	37,59
GOT	32069	15.323	35.954	3,66	41,25
Cholesterin gesamt	32060	14.633	34.337	3,49	44,74
Triglyceride	32063	14.149	33.200	3,38	48,11
HbA1, HbA1c	32094	13.106	492.048	3,13	51,24
Natrium	32083	13.013	30.535	3,11	54,35
LDL-Cholesterin	32062	12.967	30.427	3,09	57,44
Kreatinin, enzymatisch	32067	12.232	45.925	2,92	60,36
HDL-Cholesterin	32061	11.763	27.601	2,81	63,17
Alkalische Phosphatase	32068	10.678	25.055	2,55	65,72
Calcium	32082	10.287	24.138	2,46	68,17
CRP	32128	8.838	95.390	2,11	70,28
Harnstoff	32065	7.944	18.641	1,90	72,18
GOZ > 80000		757	0	0,18	72,36
Sonstige		115.824	2.280.686	27,64	100,00
Gesamt		419.019	4.023.824	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Tabelle 19: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	15211	247	28.227	11,68	11,68
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	208	1.074	9,85	21,53
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	173	18.553	8,20	29,73
Postoperative Überwachung 4	31504	107	79.864	5,09	34,82
Postoperative Überwachung 3	31503	94	48.440	4,47	39,29
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgie V/1b	31644	63	5.074	2,97	42,25
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	60	86.955	2,86	45,11
Panoramassichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unter- kiefers	34211	56	4.087	2,63	47,75
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	55	9.547	2,61	50,36
Postoperative Überwachung 2	31502	52	13.535	2,48	52,84
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	52	108.121	2,44	55,28
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	48	58	2,27	57,55
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromoso- men durch Anwendung besonderer Techniken	1839	44	19.793	2,10	59,64
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	42	19.008	2,00	61,65
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	42	37.223	1,99	63,64
Zusatzpauschale Onkologie	15345	41	7.345	1,92	65,56
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	40	56.879	1,87	67,43
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	35	15.981	1,63	69,07
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	34	69.564	1,60	70,67
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	31646	32	5.467	1,50	72,17
GOZ > 80000		181	6	8,58	80,75
Sonstige		407	219.896	19,25	100,00
Gesamt		2.113	854.695	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.17 Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Tabelle 20: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	3.768	142.191	11,72	11,72
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	3.636	21.796	11,31	23,02
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	3.545	3.479	11,03	34,05
Zuschlag zur GOP 21225	21226	3.488	34.867	10,85	44,90
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.110	391.172	9,67	54,57
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.878	511.546	5,84	60,41
Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	21214	1.757	471.634	5,46	65,88
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.386	7.150	4,31	70,19
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.061	88.859	3,30	73,49
Zuschlag Fremdanamnese	21216	578	86.498	1,80	75,28
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	515	153.712	1,60	76,88
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	446	133.144	1,39	78,27
Besuch eines weiteren Kranken	1413	438	44.382	1,36	79,63
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	412	502	1,28	80,91
Verwaltungskomplex	1430	333	3.996	1,04	81,95
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	329	60.454	1,02	82,97
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	268	100.512	0,83	83,81
EEG	16310	215	53.936	0,67	84,47
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	196	73.491	0,61	85,08
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	165	32.606	0,51	85,60
GOZ > 80000		2.089	1.805	6,50	92,10
Sonstige		2.542	447.876	7,90	100,00
Gesamt		32.155	2.865.607	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

4.1.18 Neurochirurgie

Tabelle 21: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Neurochirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	307	1.841	11,24	11,24
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	273	1.083	10,02	21,26
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	226	8.687	8,28	29,54
Zuschlag zur GOP 16215	16217	216	2.162	7,92	37,46
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel- behandlung)	16220	199	17.634	7,28	44,75
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	184	949	6,74	51,49
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	162	38.538	5,95	57,43
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	148	35.302	5,41	62,84
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	117	17.585	4,30	67,14
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	110	134	4,02	71,16
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	62	41.636	2,27	73,43
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	48	32.693	1,74	75,17
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häusli- chen Umgebung	16233	39	11.657	1,43	76,60
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami commu- nicantes an den Foramina intervertebralia	30724	38	7.100	1,41	78,01
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	32	11.988	1,17	79,18
Durchleuchtung(en)	34280	31	2.920	1,14	80,32
Visite auf der Belegstation, je Patient	1414	27	2.356	0,99	81,31
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	25	37.141	0,92	82,23
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromus- kulären Erkrankung	16322	25	4.558	0,91	83,14
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Ge- bührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	24	4.063	0,89	84,03
GOZ > 80000		127	3	4,64	88,67
Sonstige		309	97.586	11,33	100,00
Gesamt		2.729	377.615	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.19 Neurologie

Tabelle 22: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Neurologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	2.464	3.707	10,92	10,92
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	2.418	14.506	10,71	21,63
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.213	85.356	9,80	31,43
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.178	21.782	9,65	41,08
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.864	162.928	8,26	49,34
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.635	8.438	7,24	56,58
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.312	309.850	5,81	62,39
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	1.105	259.903	4,90	67,29
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	849	253.945	3,76	71,05
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	597	728	2,64	73,70
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	458	84.323	2,03	75,73
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	326	122.127	1,44	77,17
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	227	25.628	1,00	78,17
EEG	16310	213	53.499	0,94	79,12
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	207	28.136	0,92	80,04
Verwaltungskomplex	1430	178	2.141	0,79	80,83
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	174	45.767	0,77	81,60
Besuch eines weiteren Kranken	1413	165	16.620	0,73	82,33
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1321	162	25.749	0,72	83,05
Zuschlag Farbduplex	33075	158	9.784	0,70	83,74
GOZ > 80000		1.001	310	4,43	88,18
Sonstige		2.668	465.020	11,82	100,00
Gesamt		22.570	2.000.245	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.20 Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Tabelle 23: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.233	100.934	17,39	17,39
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.215	511.331	9,46	26,85
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.097	118.504	8,55	35,40
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	1.049	23.256	8,17	43,57
Testverfahren, standardisierte	35600	836	23.400	6,51	50,08
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	724	208.112	5,64	55,72
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	587	493.942	4,57	60,30
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	458	385.436	3,57	63,87
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	458	384.821	3,57	67,44
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	443	372.399	3,45	70,88
Verfahren, projektive	35602	421	19.368	3,28	74,16
Testverfahren, psychometrische	35601	354	9.915	2,76	76,92
Probatorische Sitzung	35150	335	207.962	2,61	79,53
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	302	253.924	2,35	81,88
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	270	227.103	2,10	83,99
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	251	41.703	1,95	85,94
Zuschlag zur GOP 23216	23218	240	11.059	1,87	87,81
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	230	281	1,79	89,61
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	219	183.852	1,70	91,31
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	206	86.511	1,60	92,91
GOZ > 80000		218	167	1,70	94,60
Sonstige		693	211.574	5,40	100,00
Gesamt		12.839	3.875.554	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.21 Nichtärztliche Psychotherapeuten

Tabelle 24: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	4.050	192.275	21,20	21,20
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.059	222.310	10,78	31,98
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	1.596	1.342.296	8,36	40,34
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	1.442	1.212.029	7,55	47,88
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	1.373	32.191	7,19	55,07
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.204	506.640	6,30	61,38
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	1.090	131.711	5,70	67,08
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	791	665.043	4,14	71,22
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	650	546.621	3,40	74,63
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	561	236.064	2,94	77,56
Testverfahren, standardisierte	35600	528	14.757	2,76	80,33
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	412	68.720	2,16	82,48
Zuschlag zur GOP 23216	23218	396	18.210	2,07	84,56
Probatorische Sitzung	35150	395	245.376	2,07	86,63
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	267	325	1,40	88,02
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	185	19.789	0,97	88,99
Zuschlag Gruppentherapie	35572	171	3.844	0,89	89,89
Biographische Anamnese	35140	159	78.202	0,83	90,72
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	133	3	0,70	91,42
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	123	632	0,64	92,06
GOZ > 80000		306	50	1,60	93,66
Sonstige		1.211	541.327	6,34	100,00
Gesamt		19.102	6.078.416	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.22 Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten

Tabelle 25: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	5.417	251.516	16,57	16,57
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	3.602	388.949	11,02	27,59
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	2.680	2.253.225	8,20	35,78
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	2.591	59.523	7,92	43,71
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	2.437	1.025.572	7,45	51,16
Testverfahren, standardisierte	35600	2.429	67.970	7,43	58,59
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	2.277	1.914.530	6,96	65,55
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	2.170	262.546	6,64	72,19
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	1.617	1.359.276	4,94	77,13
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	864	363.815	2,64	79,78
Probatorische Sitzung	35150	832	516.236	2,54	82,32
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	824	138.032	2,52	84,84
Zuschlag zur GOP 23216	23218	798	36.723	2,44	87,29
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	523	638	1,60	88,88
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	404	43.123	1,24	90,12
Biographische Anamnese	35140	333	163.903	1,02	91,14
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	307	1.585	0,94	92,08
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	245	14	0,75	92,83
Vertiefte Exploration	35141	228	41.084	0,70	93,52
Testverfahren, psychometrische	35601	178	4.983	0,54	94,07
GOZ > 80000		757	224	2,32	96,39
Sonstige		1.182	285.576	3,61	100,00
Gesamt		32.695	9.179.043	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.23 Nuklearmedizin

Tabelle 26: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nuklearmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	961	4.961	10,53	10,53
Konsiliarpauschale	17210	907	84.281	9,93	20,46
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	829	3.870	9,08	29,55
TSH	32101	620	17.457	6,79	36,34
Schilddrüsen - Sonographie	33012	598	50.792	6,55	42,89
ft4	32320	581	20.176	6,37	49,25
ft3	32321	578	20.076	6,33	55,59
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	462	32.489	5,06	60,64
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	347	423	3,80	64,44
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	325	31.376	3,56	68,00
Thyreoglobulin	32420	312	50.972	3,42	71,42
Sonographie der Gesichtswichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	281	24.459	3,08	74,50
99mTc-Perchnetat (Schilddrüse)	40500	205	2.885	2,25	76,75
Calcitonin	32410	198	27.694	2,17	78,92
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	196	79.213	2,14	81,06
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	192	200.580	2,10	83,16
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	12225	120	601	1,32	84,48
99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	40520	118	83.944	1,29	85,77
Vitamin D	32413	106	18.375	1,17	86,93
Parathormon intakt	32411	97	13.481	1,06	88,00
GOZ > 80000		39	147	0,43	88,43
Sonstige		1.056	486.919	11,57	100,00
Gesamt		9.127	1.255.172	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.24 Orthopädie

Tabelle 27: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Orthopädie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	19.094	38.124	12,52	12,52
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	18.757	26.523	12,30	24,83
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	16.762	510.644	10,99	35,82
Zuschlag zur GOP 18220	18222	16.105	128.765	10,56	46,39
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	10.549	2.015.578	6,92	53,31
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.275	1.820.442	5,43	58,74
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	6.240	32.212	4,09	62,83
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.619	775.497	3,03	65,86
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	4.427	938.032	2,90	68,76
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.420	313.568	2,90	71,66
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	3.988	4.866	2,62	74,28
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.394	179.680	2,23	76,50
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.715	588.654	1,78	78,28
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	2.088	312.213	1,37	79,65
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.806	187.415	1,18	80,84
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.742	139.318	1,14	81,98
Abdrücke und Modelle I	31941	1.697	96.673	1,11	83,09
Wärmetherapie	2510	1.656	31.463	1,09	84,18
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.342	140.736	0,88	85,06
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	1.270	97.161	0,83	85,89
GOZ > 80000		7.178	307	4,71	90,60
Sonstige		14.327	2.490.670	9,40	100,00
Gesamt		152.450	10.868.541	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2019

4.1.25 Pathologie

Tabelle 28: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Pathologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	11.781	977.803	28,22	28,22
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	10.893	555.475	26,09	54,31
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	9.144	223.145	21,90	76,21
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	3.547	262.425	8,49	84,70
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.793	437.487	4,29	89,00
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.131	1.380	2,71	91,70
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	713	41.376	1,71	93,41
Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	19315	250	20.790	0,60	94,01
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	239	25.821	0,57	94,59
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	1743	109	14.303	0,26	94,85
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	102	36.302	0,24	95,09
Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	1826	76	4.410	0,18	95,27
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	62	13.168	0,15	95,42
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19421	52	11.037	0,13	95,55
Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	19322	42	22.264	0,10	95,65
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	40	206	0,10	95,75
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	12225	37	183	0,09	95,83
Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	19401	31	4.548	0,08	95,91
Laborgrundpauschale Tumorgenetik	19403	31	11.949	0,07	95,98
Mutationsuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	19424	31	17.608	0,07	96,06
GOZ > 80000		1.187	222	2,84	98,90
Sonstige		459	165.419	1,10	100,00
Gesamt		41.752	2.847.321	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

4.1.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Tabelle 29: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	295	553	10,52	10,52
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	20227	223	445	7,94	18,45
Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	156	4.223	5,57	24,02
Zuschlag zur GOP 20220	20222	153	1.070	5,44	29,46
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	124	641	4,42	33,88
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	20211	122	25.975	4,35	38,23
Tonschwellenaudiometrie	20320	119	17.445	4,22	42,45
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	94	12.471	3,34	45,79
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	92	11.033	3,27	49,07
Testverfahren, psychometrische	35601	87	2.434	3,10	52,16
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	86	12.060	3,07	55,23
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	9227	81	162	2,89	58,12
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	9220	78	2.111	2,78	60,91
Zuschlag zur GOP 09220	9222	78	545	2,77	63,67
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	63	18.467	2,25	65,93
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20336	61	10.301	2,18	68,11
Testverfahren, standardisierte	35600	60	1.693	2,15	70,26
Lupenlaryngoskopie	20310	60	4.592	2,15	72,41
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20210	58	18.165	2,08	74,49
Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	20360	54	7.663	1,91	76,40
GOZ > 80000		84	29	2,98	79,38
Sonstige		579	94.971	20,62	100,00
Gesamt		2.809	247.049	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.27 Physikalische und rehabilitative Medizin

Tabelle 30: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	832	1.432	14,10	14,10
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	27227	820	1.638	13,90	28,00
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	27211	446	105.042	7,57	35,57
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	366	91.185	6,21	41,78
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	278	17.977	4,72	46,49
Zuschlag zur GOP 27220	27222	275	4.668	4,66	51,15
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	264	56.023	4,48	55,63
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	259	18.411	4,40	60,03
Ganzkörperstatus	27310	222	25.073	3,76	63,79
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	210	89.403	3,56	67,35
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	197	241	3,34	70,69
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	138	710	2,33	73,02
Wärmetherapie	2510	130	2.475	2,21	75,23
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	116	8.017	1,97	77,20
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	105	6.802	1,77	78,97
Massagetherapie	30400	103	7.617	1,75	80,72
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	78	4.134	1,32	82,04
Elektrotherapie	2511	73	800	1,23	83,27
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	58	5.473	0,99	84,26
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	47	7.108	0,79	85,05
GOZ > 80000		152	223	2,58	87,64
Sonstige		729	129.847	12,36	100,00
Gesamt		5.898	584.298	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.28 Psychiatrie und Psychotherapie

Tabelle 31: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Psychiatrie und Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.999	525.313	16,58	16,58
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	2.385	3.165	9,89	26,48
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	21227	2.278	13.667	9,45	35,92
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.245	96.940	9,31	45,23
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.179	26.147	9,04	54,27
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	21211	1.437	285.359	5,96	60,23
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	841	170.372	3,49	63,72
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	1950	587	22.902	2,43	66,15
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	545	2.813	2,26	68,41
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	478	142.970	1,98	70,39
Zuschlag Fremdanamnese	21216	395	59.243	1,64	72,03
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	365	136.738	1,51	73,54
Besuch eines weiteren Kranken	1413	310	32.242	1,29	74,83
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	255	107.428	1,06	75,89
Zuschlag Wochenende, Feiertage	1951	191	15.882	0,79	76,68
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	179	36.492	0,74	77,42
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	172	210	0,71	78,14
Zuschlag Einzeltherapie	35571	162	6.645	0,67	78,81
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	138	2.587	0,57	79,38
Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	21217	125	3.502	0,52	79,90
GOZ > 80000		2.327	69	9,65	89,55
Sonstige		2.519	509.156	10,45	100,00
Gesamt		24.113	2.199.842	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.29 Psychotherapeutische Medizin

Tabelle 32: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Psychotherapeutische Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.256	102.900	15,83	15,83
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	984	22.026	6,90	22,73
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	932	392.487	6,54	29,27
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	894	96.583	6,27	35,55
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	854	718.070	5,99	41,54
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	691	74.611	4,85	46,38
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	597	501.702	4,19	50,57
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	547	459.762	3,84	54,40
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	501	60.155	3,51	57,92
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	465	390.895	3,26	61,18
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	22219	445	888	3,12	64,30
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	388	163.513	2,73	67,02
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	22211	362	65.011	2,54	69,56
Probatorische Sitzung	35150	289	179.317	2,03	71,59
Testverfahren, standardisierte	35600	245	6.870	1,72	73,31
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	209	34.833	1,47	74,78
Zuschlag zur GOP 23216	23218	200	9.195	1,40	76,18
Zuschlag Gruppentherapie	35572	194	4.231	1,36	77,54
Psychosomatik (Einzelbehandlung)	22221	188	16.835	1,32	78,86
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	182	96	1,27	80,14
GOZ > 80000		526	466	3,69	83,83
Sonstige		2.305	683.492	16,17	100,00
Gesamt		14.254	3.983.939	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.30 Radiologie

Tabelle 33: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Radiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	6.149	31.743	22,41	22,41
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.074	146.309	11,20	33,61
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.595	148.745	9,46	43,06
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.627	1.986	5,93	48,99
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	937	1.135.909	3,42	52,41
Mammographie	34270	893	236.404	3,25	55,66
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	878	1.064.554	3,20	58,86
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	717	105.632	2,61	61,48
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	659	1.237	2,40	63,88
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	1752	657	16.840	2,39	66,27
Kostenpauschale für Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit den GOP 01752, 01756 und 01758 oder bei Versand bzw. Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien	40852	611	2.926	2,23	68,50
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	560	249.659	2,04	70,54
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	497	50.827	1,81	72,35
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	456	552.965	1,66	74,02
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	448	33.264	1,63	75,65
CT-Untersuchung des Thorax	34330	360	237.690	1,31	76,96
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	357	51.716	1,30	78,26
Mamma - Sonographie	33041	350	57.393	1,28	79,54
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	347	284.075	1,27	80,81
Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40104	335	16.034	1,22	82,03
GOZ > 80000		511	57	1,86	83,89
Sonstige		4.421	1.928.179	16,11	100,00
Gesamt		27.441	6.354.145	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.31 Sonstige Leistungserbringer

Tabelle 34: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Sonstige Leistungserbringer	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Notfallpauschale	1212	9.620	1.875.888	8,50	8,50
Notfallpauschale	1210	4.665	559.808	4,12	12,63
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	3.210	4.051	2,84	15,46
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	2.889	14.913	2,55	18,02
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.538	378.087	2,24	20,26
Kalium	32081	2.014	4.727	1,78	22,04
Natrium	32083	1.972	4.628	1,74	23,79
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	1.819	4.268	1,61	25,39
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	1.672	7.849	1,48	26,87
Glukose	32057	1.626	3.815	1,44	28,31
GPT	32070	1.608	3.774	1,42	29,73
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.584	164.979	1,40	31,13
Gamma-GT	32071	1.418	3.326	1,25	32,38
Quick-Wert, Plasma	32113	1.278	7.198	1,13	33,51
GOT	32069	1.273	2.987	1,13	34,64
Calcium	32082	1.273	2.987	1,13	35,76
PTT	32112	1.273	7.167	1,12	36,89
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	1950	1.177	45.927	1,04	37,93
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.174	1.432	1,04	38,97
TSH	32101	1.157	32.571	1,02	39,99
GOZ > 80000		20.282	1.576	17,93	57,92
Sonstige		47.606	8.713.504	42,08	100,00
Gesamt		113.128	11.845.461	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.32 Strahlentherapie

Tabelle 35: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Strahlentherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	1.797	637.750	21,88	21,88
3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	25323	1.778	168.900	21,66	43,54
Zuschlag Bestrahlungsfelder	25322	1.708	110.996	20,80	64,34
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	832	1.093.855	10,14	74,48
Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösaartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	25320	492	130.361	5,99	80,47
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	409	499	4,98	85,46
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	390	2.014	4,75	90,21
Bestrahlungsplanung III	25342	111	278.352	1,36	91,57
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	91	11.464	1,11	92,68
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	90	27.737	1,10	93,78
Konsiliarpauschale bei bösaartiger Erkrankung	25211	82	55.539	1,00	94,78
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	80	31.098	0,98	95,76
Bestrahlungsplanung II	25341	65	109.377	0,79	96,55
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	59	5.739	0,72	97,27
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	58	385	0,71	97,98
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	40841	12	3.427	0,15	98,13
Bestrahlungsplanung I	25340	11	4.248	0,14	98,26
Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	40122	8	70	0,10	98,37
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	34240	6	306	0,08	98,45
Visite auf der Belegstation, je Patient	1414	5	473	0,07	98,51
GOZ > 80000		77	2.302	0,94	99,45
Sonstige		45	14.799	0,55	100,00
Gesamt		8.211	2.689.690	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.1.33 Urologie

Tabelle 36: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Urologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	26227	10.965	21.886	10,03	10,03
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	10.456	100.405	9,57	19,60
Orientierende Untersuchung	32030	7.684	36.052	7,03	26,63
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.581	259.873	6,94	33,57
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.393	1.534.642	6,76	40,33
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.271	65.377	6,65	46,99
Uro-Genital-Sonographie	33043	5.740	498.263	5,25	52,24
Harn-Mikroskopie	32031	5.421	12.718	4,96	57,20
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26211	3.567	622.538	3,26	60,46
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.380	17.448	3,09	63,55
Urinuntersuchung	32720	2.548	131.493	2,33	65,89
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	1731	2.454	350.619	2,25	68,13
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	1.910	4.482	1,75	69,88
Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	32151	1.880	20.296	1,72	71,60
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.843	2.248	1,69	73,29
Abdominelle Sonographie	33042	1.222	171.196	1,12	74,40
Erythrozytenzählung	32035	856	2.009	0,78	75,19
Leukozytenzählung	32036	851	1.997	0,78	75,97
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	697	57.573	0,64	76,60
Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	33090	679	38.628	0,62	77,23
GOZ > 80000		7.929	287.676	7,26	84,48
Sonstige		16.962	1.622.654	15,52	100,00
Gesamt		109.291	5.860.074	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2 Umsatzstärkste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen

4.2.1 Allgemeinmedizin

Tabelle 37: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	3040	162.137	23.999.551	24,22	24,22
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3220	93.252	12.120.841	12,23	36,45
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	3003	72.740	9.839.791	9,93	46,38
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	3004	52.750	9.157.679	9,24	55,62
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	3005	28.275	6.559.402	6,62	62,24
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	3230	90.878	6.259.810	6,32	68,56
Gesundheitsuntersuchung	1732	10.155	3.076.411	3,10	71,66
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3221	69.770	2.790.259	2,82	74,48
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	3362	13.714	2.108.708	2,13	76,61
Besuch	1410	9.662	2.038.464	2,06	78,66
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	10.281	1.561.203	1,58	80,24
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	156.966	1.444.631	1,46	81,70
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	3002	7.995	1.331.545	1,34	83,04
Besuch eines weiteren Kranken	1413	9.852	1.018.138	1,03	84,07
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	6.381	969.468	0,98	85,05
Abdominelle Sonographie	33042	5.727	878.457	0,89	85,93
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	3222	81.365	813.893	0,82	86,75
Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	1415	1.531	809.135	0,82	87,57

...

Fortsetzung Tabelle 37: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	3360	6.581	802.769	0,81	88,38
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	1746	3.710	630.671	0,64	89,02
GOZ > 80000		199.332	65.251	0,07	89,08
Sonstige		313.107	10.818.848	10,92	100,00
Gesamt		1.406.161	99.094.924	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.2 Anästhesiologie

Tabelle 38: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Anästhesiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Anästhesie oder Narkose 2	31822	340	426.622	10,38	10,38
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	478	337.672	8,21	18,59
Postoperative Überwachung 3	31503	517	265.170	6,45	25,04
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	491	238.344	5,80	30,83
Anästhesie oder Narkose 3	31823	150	235.537	5,73	36,56
Anästhesie oder Kurznarkose	5330	242	190.240	4,63	41,19
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	567	186.910	4,55	45,73
Präanästhesiologische Untersuchung	5310	986	175.532	4,27	50,00
Anästhesie oder Narkose 4	31824	91	165.957	4,04	54,04
Anästhesie oder Kurznarkose 1	31821	151	146.377	3,56	57,60
Anästhesie oder Narkose 5	31825	58	139.457	3,39	60,99
Zuschlag weitere 15 Minuten	5331	549	136.211	3,31	64,30
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungs- position Nr. 30702	30704	385	111.938	2,72	67,03
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	5211	1.005	100.160	2,44	69,46
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	5212	849	99.094	2,41	71,87
Beobachtung und Betreuung	5350	199	96.771	2,35	74,23
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	796	93.446	2,27	76,50
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	5230	1.301	74.110	1,80	78,30
Postoperative Überwachung 5	31505	63	67.973	1,65	79,95
Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	31828	235	67.558	1,64	81,60
GOZ > 80000		3.617	777	0,02	81,62
Sonstige		8.183	755.873	18,38	100,00
Gesamt		21.253	4.111.727	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2019

4.2.3 Augenheilkunde

Tabelle 39: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Augenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	6212	14.928	2.351.040	19,63	19,63
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	6225	22.127	2.257.910	18,85	38,48
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	367	1.486.022	12,41	50,89
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	6211	9.377	1.252.510	10,46	61,35
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	6333	16.161	823.507	6,88	68,23
Perimetrie	6330	4.434	620.371	5,18	73,41
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	6220	24.889	512.128	4,28	77,68
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	6321	1.968	354.052	2,96	80,64
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	31341	445	340.549	2,84	83,48
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	31371	157	264.770	2,21	85,69
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	31372	154	259.385	2,17	87,86
Zuschlag zur GOP 06220	6222	23.880	143.279	1,20	89,06
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6210	816	132.942	1,11	90,17
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	6320	544	115.281	0,96	91,13
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	31718	307	106.439	0,89	92,02
Postoperative Überwachung 3	31503	185	94.648	0,79	92,81
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	31342	76	89.607	0,75	93,56
Postoperative Überwachung 1	31501	473	67.650	0,56	94,12
Fluoreszenzangiographie	6331	137	59.875	0,50	94,62
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	31719	204	58.102	0,49	95,11
GOZ > 80000		12.153	130	0,00	95,11
Sonstige		36.854	585.970	4,89	100,00
Gesamt		170.635	11.976.167	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.4 Chirurgie

Tabelle 40: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Chirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	7211	4.790	1.106.360	17,80	17,80
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	7212	2.798	744.181	11,97	29,77
Eingriff der Kategorie C2	31122	143	220.822	3,55	33,32
Postoperative Überwachung 3	31503	392	200.794	3,23	36,55
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	215	188.912	3,04	39,59
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	719	186.747	3,00	42,60
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	125	180.384	2,90	45,50
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	7311	815	176.795	2,84	48,34
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	7220	5.570	174.818	2,81	51,15
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1321	896	142.420	2,29	53,44
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	31132	56	108.909	1,75	55,20
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.028	106.407	1,71	56,91
Phlebologischer Basiskomplex	30500	594	97.365	1,57	58,47
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	45	78.838	1,27	59,74
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	53	78.070	1,26	61,00
Aufnahmen der Extremitäten	34233	706	72.405	1,16	62,16
Postoperative Überwachung 5	31505	64	65.522	1,05	63,22
Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	31204	22	65.331	1,05	64,27
Postoperative Überwachung 2	31502	246	63.574	1,02	65,29
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	704	59.874	0,96	66,25
GOZ > 80000		3.991	879	0,01	66,27
Sonstige		35.441	2.096.810	33,73	100,00
Gesamt		59.412	6.216.218	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.5 Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N. L.)

Tabelle 41: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGBV (N.L.)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	581	2.607.722	5,80	5,80
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	1.098	1.443.185	3,21	9,01
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	3040	6.066	883.649	1,97	10,98
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	2.449	868.900	1,93	12,91
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	566	685.905	1,53	14,44
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	521	631.973	1,41	15,84
CRP	32460	12.139	553.015	1,23	17,07
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	11513	1.521	520.979	1,16	18,23
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	20.132	491.297	1,09	19,33
Vitamin D	32413	2.795	476.470	1,06	20,39
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3220	3.389	440.468	0,98	21,37
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	910	435.068	0,97	22,33
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	500	415.069	0,92	23,26
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	211	372.069	0,83	24,08
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	3004	2.168	362.321	0,81	24,89
TSH	32101	12.763	359.385	0,80	25,69
Bestrahlungsplanung III	25342	140	349.600	0,78	26,47
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.296	341.914	0,76	27,23
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	7211	1.493	336.389	0,75	27,98
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	1.791	332.439	0,74	28,72
GOZ > 80000		21.999	366.672	0,82	29,53
Sonstige		648.929	31.674.954	70,47	100,00
Gesamt		744.457	44.949.442	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

4.2.6 Fachwissenschaftler

Tabelle 42: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Fachwissenschaftler	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	297	21.987	23,11	23,11
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	376	9.180	9,65	32,77
Vitamine	32306	33	6.997	7,36	40,12
HbA1, HbA1c	32094	99	3.717	3,91	44,03
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	7	3.592	3,78	47,80
CRP	32460	76	3.500	3,68	51,48
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	51	2.968	3,12	54,61
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	39	2.572	2,70	57,31
TSH	32101	90	2.533	2,66	59,97
Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	32097	10	1.790	1,88	61,85
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	280	1.446	1,52	63,38
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	284	1.281	1,35	64,72
Cystatin C	32463	13	1.162	1,22	65,94
Albumin	32435	35	1.132	1,19	67,13
ft4	32320	27	953	1,00	68,13
Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	32416	4	861	0,91	69,04
Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	1826	15	861	0,91	69,94
ft3	32321	24	850	0,89	70,84
Parathormon intakt	32411	5	733	0,77	71,61
Ferritin	32325	18	718	0,75	72,36
GOZ > 80000		77	0	0,00	72,36
Sonstige		1.952	26.289	27,64	100,00
Gesamt		3.814	95.121	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tabelle 43: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	8211	26.954	4.069.270	19,41	19,41
Betreuung einer Schwangeren	1770	2.747	3.001.292	14,32	33,73
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung bei der Frau	1730	13.724	2.469.682	11,78	45,52
Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	1822	17.501	1.976.692	9,43	54,95
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	8212	6.429	981.371	4,68	59,63
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.643	933.326	4,45	64,08
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	8220	32.459	767.955	3,66	67,75
Weiterführende Sonographie I	1772	1.594	608.231	2,90	70,65
CTG	1786	3.759	438.333	2,09	72,74
Weiterführende Dopplersonographie II	1775	903	425.895	2,03	74,77
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	5.231	387.083	1,85	76,62
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	1.909	289.902	1,38	78,00
Weiterführende Sonographie II	1773	485	288.852	1,38	79,38
Scheidensekret- Mikroskopie	1827	10.472	282.699	1,35	80,73
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungs- position 01770	1771	555	244.002	1,16	81,89
Mamma - Sonographie	33041	1.403	230.921	1,10	83,00
Weiterführende Dopplersonographie I	1774	272	215.216	1,03	84,02
Zusatzpauschale Onkologie	8345	1.067	203.693	0,97	84,99
Zuschlag zur GOP 08220	8222	31.436	188.601	0,90	85,89
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	32.081	173.653	0,83	86,72
GOZ > 80000		14.212	90.002	0,43	87,15
Sonstige		120.048	2.692.743	12,85	100,00
Gesamt		331.883	20.959.416	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.8 Gemeinschaftspraxen (fachungleich)

Tabelle 44: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	1.198	1.453.571	3,88	3,88
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	1.105	1.340.737	3,58	7,45
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	1750	2.326	1.184.507	3,16	10,61
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	3040	7.130	1.053.841	2,81	13,42
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	587	711.832	1,90	15,32
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	133	601.103	1,60	16,92
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	613	506.853	1,35	18,28
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3220	3.782	491.369	1,31	19,59
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	278	490.795	1,31	20,89
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.669	489.716	1,31	22,20
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	2.526	462.379	1,23	23,43
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	318	417.997	1,11	24,55
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	3004	2.530	409.794	1,09	25,64
MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	34451	314	381.231	1,02	26,66
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	3003	2.979	375.429	1,00	27,66
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	7211	1.679	374.441	1,00	28,66
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	1.659	350.594	0,94	29,59
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	1.154	344.493	0,92	30,51
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	395	323.593	0,86	31,37
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	717	319.971	0,85	32,23
GOZ > 80000		26.261	419.219	1,12	33,35
Sonstige		331.919	24.992.664	66,65	100,00
Gesamt		393.271	37.496.127	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.9 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Tabelle 45: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	9211	9.919	2.052.957	23,88	23,88
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9212	7.538	1.610.586	18,73	42,61
Tonschwellenaudiometrie	9320	3.358	493.351	5,74	48,35
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grund- versorgung	9220	18.119	483.145	5,62	53,97
Lupenlaryngoskopie	9311	5.570	423.040	4,92	58,89
Allergologiediagnostik II	30111	530	240.396	2,80	61,68
Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	9372	486	240.183	2,79	64,48
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	9323	3.035	236.526	2,75	67,23
Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräte- versorgung	9374	511	230.707	2,68	69,91
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9210	858	216.371	2,52	72,43
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund- Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	9361	1.300	167.679	1,95	74,38
Zuschlag zur GOP 09220	9222	17.569	123.005	1,43	75,81
Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	9373	230	120.253	1,40	77,21
Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	9325	456	119.460	1,39	78,60
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	171	100.496	1,17	79,77
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.012	95.092	1,11	80,87
Nasennebenhöhlen - Sonographie	33010	1.522	91.123	1,06	81,93
Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	31232	53	83.763	0,97	82,91
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	26	83.246	0,97	83,87
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	9324	678	81.279	0,95	84,82
GOZ > 80000		5.083	1.487	0,02	84,84
Sonstige		47.856	1.303.755	15,16	100,00
Gesamt		125.882	8.597.899	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.10 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Tabelle 46: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10211	11.087	1.624.621	22,09	22,09
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.702	1.148.320	15,61	37,70
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	1745	3.177	680.416	9,25	46,96
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	482	424.706	5,77	52,73
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	281	404.413	5,50	58,23
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	16.653	295.871	4,02	62,25
Balneophototherapie	10350	478	190.192	2,59	64,84
Zusatzpauschale Onkologie	10345	963	180.953	2,46	67,30
Allergologiediagnostik II	30111	387	175.505	2,39	69,69
Postoperative Überwachung 3	31503	291	149.382	2,03	71,72
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.826	121.705	1,65	73,37
Postoperative Überwachung 2	31502	428	110.469	1,50	74,87
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	866	109.339	1,49	76,36
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.801	100.829	1,37	77,73
Allergologiediagnostik I	30110	158	97.959	1,33	79,06
Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10342	387	91.320	1,24	80,31
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	41	83.582	1,14	81,44
Zuschlag zur GOP 10220	10222	16.154	80.717	1,10	82,54
Selektive Phototherapie	30430	1.303	71.660	0,97	83,51
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	740	69.529	0,95	84,46
GOZ > 80000		6.159	13.898	0,19	84,65
Sonstige		51.544	1.128.971	15,35	100,00
Gesamt		122.909	7.354.359	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2019

4.2.11 Humangenetik

Tabelle 47: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation in bis zu 25 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	11513	837	255.821	33,21	33,21
Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC)	11440	3	81.678	10,60	43,81
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	31	37.247	4,83	48,64
Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	1793	6	34.024	4,42	53,06
Postnatale gesamtgenomische Untersuchung auf konstitutionelle Imbalancen	11508	4	31.514	4,09	57,15
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	39	29.408	3,82	60,97
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	31	28.821	3,74	64,71
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	38	19.942	2,59	67,30
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11211	43	19.089	2,48	69,77
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	1	14.749	1,91	71,69
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	17	14.264	1,85	73,54
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	25	13.556	1,76	75,30
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	23	12.949	1,68	76,98
Postnatale zytogenetische Untersuchung	1838	8	11.340	1,47	78,45
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	1792	6	9.075	1,18	79,63
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	12	9.025	1,17	80,80
Cystische Fibrose - vollständige Untersuchung	11352	1	8.827	1,15	81,95
Noonan-Syndrom - weitere Gene	11356	0	8.767	1,14	83,09

...

Fortsetzung Tabelle 47: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	11502	12	8.177	1,06	84,15
Mutationssuche in Genen, die eine thorakale Aorten-erweiterung auslösen und mit einem Risiko der Aorten-dissektion einhergehen	11448	0	7.682	1,00	85,14
GOZ > 80000		10	0	0,00	85,14
Sonstige		736	114.445	14,86	100,00
Gesamt		1.883	770.399	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.12 Internist

Tabelle 48: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Internist	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	1.270	5.703.425	21,52	21,52
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	3.239	2.675.177	10,09	31,61
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	868	1.531.582	5,78	37,39
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.336	1.259.593	4,75	42,14
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.189	933.253	3,52	45,66
Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	13400	955	796.930	3,01	48,67
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	5.124	762.615	2,88	51,55
Totale Früherkennungskoloskopie gem. § 37 Absatz 3 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	1741	286	555.576	2,10	53,64
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.335	509.225	1,92	55,56
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	138	435.215	1,64	57,21
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.701	423.326	1,60	58,80
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13641	1.912	401.916	1,52	60,32
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	79	375.705	1,42	61,74
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13541	1.558	335.736	1,27	63,00
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545	465	315.101	1,19	64,19
Zusatzpauschale Angiologie	13300	511	309.888	1,17	65,36
Ambulante Betreuung 2h	1510	613	306.973	1,16	66,52
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13391	1.354	269.461	1,02	67,54
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	639	260.826	0,98	68,52
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13392	1.176	242.112	0,91	69,44
GOZ > 80000		11.976	509.155	1,92	71,36
Sonstige		124.282	7.592.022	28,64	100,00
Gesamt		169.004	26.504.812	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tabelle 49: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.175	415.015	16,30	16,30
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	860	226.999	8,92	25,22
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.140	185.961	7,31	32,53
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.549	137.638	5,41	37,93
Psychiatrische Betreuung	14240	503	99.391	3,90	41,84
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	227	95.383	3,75	45,58
Testverfahren, psychometrische	35601	2.821	78.924	3,10	48,68
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	853	71.416	2,81	51,49
Testverfahren, standardisierte	35600	1.438	40.234	1,58	53,07
Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35600 bis 35602 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	35603	22	28.202	1,11	54,18
Verfahren, projektive	35602	566	26.022	1,02	55,20
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	514	21.062	0,83	56,03
Zuschlag zur GOP 14214	14216	830	19.091	0,75	56,78
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	14313	47	17.587	0,69	57,47
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	21	17.394	0,68	58,15
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	18	15.501	0,61	58,76
Probatorische Sitzung	35150	21	12.989	0,51	59,27
Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	30300	125	10.892	0,43	59,70
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	11	9.328	0,37	60,07
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	11	8.946	0,35	60,42
GOZ > 80000		1.915	943.810	37,08	97,49
Sonstige		1.949	63.822	2,51	100,00
Gesamt		19.613	2.545.607	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.14 Kinderarzt

Tabelle 49: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Kinderarzt	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	4040	21.464	3.229.192	23,46	23,46
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	4001	8.831	2.385.100	17,32	40,78
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	4002	12.695	2.199.625	15,98	56,76
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	4230	8.647	681.336	4,95	61,71
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	4220	4.466	579.918	4,21	65,92
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	4355	1.931	271.101	1,97	67,89
U3	1713	585	234.895	1,71	69,60
U4	1714	582	233.627	1,70	71,29
U5	1715	576	231.222	1,68	72,97
U6	1716	569	228.599	1,66	74,63
U7	1717	551	221.252	1,61	76,24
U7a	1723	507	203.578	1,48	77,72
U8	1718	487	195.667	1,42	79,14
Zusatzpauschale Kinderkardiologie	4410	288	195.481	1,42	80,56
U9	1719	470	188.630	1,37	81,93
Notfallpauschale	1212	929	181.059	1,32	83,25
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	4354	1.771	127.435	0,93	84,17
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	21.783	124.467	0,90	85,08
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	4221	2.788	111.371	0,81	85,88
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	4356	546	106.464	0,77	86,66
GOZ > 80000		20.074	81.720	0,59	87,25
Sonstige		28.916	1.755.149	12,75	100,00
Gesamt		139.456	13.766.887	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.15 Laboratoriumsmedizin

Tabelle 50: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Laboratoriumsmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
HbA1, HbA1c	32094	13.106	492.048	12,23	12,23
TSH	32101	16.329	459.773	11,43	23,65
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	25.079	117.694	2,92	26,58
CRP	32460	2.131	98.027	2,44	29,02
CRP	32128	8.838	95.390	2,37	31,39
Mechanisierter vollständiger Blutstatus	32122	7.764	80.162	1,99	33,38
Vitamin D	32413	356	61.565	1,53	34,91
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	7.644	59.368	1,48	36,38
Gamma-GT	32071	24.120	56.598	1,41	37,79
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	2.253	54.988	1,37	39,16
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	565	46.703	1,16	40,32
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.886	46.661	1,16	41,48
GPT	32070	19.823	46.514	1,16	42,63
Kreatinin, enzymatisch	32067	12.232	45.925	1,14	43,77
Glukose	32057	17.758	41.668	1,04	44,81
Kalium	32081	17.363	40.742	1,01	45,82
Harnsäure	32064	17.148	40.238	1,00	46,82
Ferritin	32325	994	39.196	0,97	47,80
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	7.140	36.857	0,92	48,71
Quick-Wert, Plasma	32113	6.388	35.972	0,89	49,61
GOZ > 80000		757	0	0,00	49,61
Sonstige		191.344	2.027.736	50,39	100,00
Gesamt		419.019	4.023.824	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Tabelle 51: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	52	108.121	12,65	12,65
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	60	86.955	10,17	22,82
Postoperative Überwachung 4	31504	107	79.864	9,34	32,17
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	34	69.564	8,14	40,31
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	40	56.879	6,65	46,96
Postoperative Überwachung 3	31503	94	48.440	5,67	52,63
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	31104	17	47.645	5,57	58,20
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	42	37.223	4,36	62,56
Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	31233	14	32.800	3,84	66,40
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	15211	247	28.227	3,30	69,70
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	1839	44	19.793	2,32	72,02
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	42	19.008	2,22	74,24
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	173	18.553	2,17	76,41
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	35	15.981	1,87	78,28
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	16	14.421	1,69	79,97
Postoperative Überwachung 2	31502	52	13.535	1,58	81,55
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	31225	3	12.320	1,44	82,99
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	31238	23	11.337	1,33	84,32
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	55	9.547	1,12	85,44
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	31226	2	7.822	0,92	86,35
GOZ > 80000		181	6	0,00	86,35
Sonstige		778	116.656	13,65	100,00
Gesamt		2.113	854.695	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.17 Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Tabelle 52: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.878	511.546	17,85	17,85
Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	21214	1.757	471.634	16,46	34,31
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel- behandlung)	21220	3.110	391.172	13,65	47,96
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	515	153.712	5,36	53,32
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	3.768	142.191	4,96	58,29
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	446	133.144	4,65	62,93
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	268	100.512	3,51	66,44
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel- behandlung)	16220	1.061	88.859	3,10	69,54
Zuschlag Fremdanamnese	21216	578	86.498	3,02	72,56
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	196	73.491	2,56	75,12
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuro- muskulären Erkrankung	16322	329	60.454	2,11	77,23
EEG	16310	215	53.936	1,88	79,12
Besuch eines weiteren Kranken	1413	438	44.382	1,55	80,66
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	11	36.356	1,27	81,93
Zuschlag zur GOP 21225	21226	3.488	34.867	1,22	83,15
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	165	32.606	1,14	84,29
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	124	32.573	1,14	85,42
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	65	27.350	0,95	86,38
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	112	22.457	0,78	87,16
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	26	21.823	0,76	87,92
GOZ > 80000		2.089	1.805	0,06	87,99
Sonstige		11.515	344.239	12,01	100,00
Gesamt		32.155	2.865.607	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.18 Neurochirurgie

Tabelle 53: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Neurochirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	62	41.636	11,03	11,03
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	162	38.538	10,21	21,23
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	25	37.141	9,84	31,07
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	148	35.302	9,35	40,42
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	48	32.693	8,66	49,07
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzel- behandlung)	16220	199	17.634	4,67	53,74
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	117	17.585	4,66	58,40
Postoperative Überwachung 3	31503	24	12.109	3,21	61,61
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	32	11.988	3,17	64,78
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	39	11.657	3,09	67,87
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	12	11.624	3,08	70,95
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	226	8.687	2,30	73,25
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami commu- nicantes an den Foramina intervertebralia	30724	38	7.100	1,88	75,13
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	36137	1	6.957	1,84	76,97
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	31133	2	6.448	1,71	78,68
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	7	5.451	1,44	80,12
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	36135	1	5.292	1,40	81,52
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromus- kulären Erkrankung	16322	25	4.558	1,21	82,73
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	8	4.185	1,11	83,84
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	24	4.063	1,08	84,91
GOZ > 80000		127	3	0,00	84,91
Sonstige		1.401	56.965	15,09	100,00
Gesamt		2.729	377.615	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.19 Neurologie

Tabelle 54: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Neurologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.312	309.850	15,49	15,49
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	1.105	259.903	12,99	28,48
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	849	253.945	12,70	41,18
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.864	162.928	8,15	49,33
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	326	122.127	6,11	55,43
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.213	85.356	4,27	59,70
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	458	84.323	4,22	63,91
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	134	54.943	2,75	66,66
EEG	16310	213	53.499	2,67	69,34
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	174	45.767	2,29	71,62
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	45	30.802	1,54	73,16
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	207	28.136	1,41	74,57
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	27	26.434	1,32	75,89
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1321	162	25.749	1,29	77,18
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	227	25.628	1,28	78,46
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	150	22.443	1,12	79,58
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	113	22.410	1,12	80,70
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.178	21.782	1,09	81,79
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	31	20.801	1,04	82,83
Besuch eines weiteren Kranken	1413	165	16.620	0,83	83,66
GOZ > 80000		1.001	310	0,02	83,68
Sonstige		9.618	326.492	16,32	100,00
Gesamt		22.570	2.000.245	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.20 Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Tabelle 55: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.215	511.331	13,19	13,19
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	587	493.942	12,75	25,94
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	458	385.436	9,95	35,88
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	458	384.821	9,93	45,81
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	443	372.399	9,61	55,42
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	302	253.924	6,55	61,97
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	270	227.103	5,86	67,83
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	724	208.112	5,37	73,20
Probatorische Sitzung	35150	335	207.962	5,37	78,57
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	219	183.852	4,74	83,31
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.097	118.504	3,06	86,37
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.233	100.934	2,60	88,98
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	206	86.511	2,23	91,21
Biographische Anamnese	35140	117	57.757	1,49	92,70
Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35411	51	42.717	1,10	93,80
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	251	41.703	1,08	94,88
Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35412	35	29.222	0,75	95,63
Testverfahren, standardisierte	35600	836	23.400	0,60	96,23
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	1.049	23.256	0,60	96,83
Verfahren, projektive	35602	421	19.368	0,50	97,33
GOZ > 80000		218	167	0,00	97,34
Sonstige		1.315	103.132	2,66	100,00
Gesamt		12.839	3.875.554	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.21 Nichtärztliche Psychotherapeuten

Tabelle 56: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An-teil** in %	Kum. in %
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	1.596	1.342.296	22,08	22,08
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	1.442	1.212.029	19,94	42,02
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	791	665.043	10,94	52,96
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	650	546.621	8,99	61,96
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.204	506.640	8,34	70,29
Probatorische Sitzung	35150	395	245.376	4,04	74,33
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	561	236.064	3,88	78,21
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.059	222.310	3,66	81,87
Zuschlag Einzeltherapie	35571	4.050	192.275	3,16	85,03
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	1.090	131.711	2,17	87,20
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	118	99.346	1,63	88,83
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	99	82.718	1,36	90,20
Biographische Anamnese	35140	159	78.202	1,29	91,48
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	412	68.720	1,13	92,61
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	67	55.909	0,92	93,53
Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35411	46	38.881	0,64	94,17
Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	30932	47	38.335	0,63	94,80
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	1.373	32.191	0,53	95,33
Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35412	35	29.273	0,48	95,81
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie	35131	53	28.815	0,47	96,29
GOZ > 80000		306	50	0,00	96,29
Sonstige		2.549	225.611	3,71	100,00
Gesamt		19.102	6.078.416	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.22 Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten

Tabelle 57: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	2.680	2.253.225	24,55	24,55
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	2.277	1.914.530	20,86	45,41
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	1.617	1.359.276	14,81	60,21
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	2.437	1.025.572	11,17	71,39
Probatorische Sitzung	35150	832	516.236	5,62	77,01
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	3.602	388.949	4,24	81,25
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	864	363.815	3,96	85,21
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	2.170	262.546	2,86	88,07
Zuschlag Einzeltherapie	35571	5.417	251.516	2,74	90,81
Biographische Anamnese	35140	333	163.903	1,79	92,60
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	824	138.032	1,50	94,10
Testverfahren, standardisierte	35600	2.429	67.970	0,74	94,84
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	2.591	59.523	0,65	95,49
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie	35131	82	44.022	0,48	95,97
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	404	43.123	0,47	96,44
Vertiefte Exploration	35141	228	41.084	0,45	96,89
Zuschlag zur GOP 23216	23218	798	36.723	0,40	97,29
Übende Interventionen, Einzelbehandlung	35111	111	25.651	0,28	97,57
Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	30932	20	15.962	0,17	97,74
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	18	14.826	0,16	97,90
GOZ > 80000		757	224	0,00	97,90
Sonstige		2.206	192.335	2,10	100,00
Gesamt		32.695	9.179.043	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.23 Nuklearmedizin

Tabelle 58: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Nuklearmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	192	200.580	15,98	15,98
Konsiliarpauschale	17210	907	84.281	6,71	22,69
99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	40520	118	83.944	6,69	29,38
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	196	79.213	6,31	35,69
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	17330	59	56.687	4,52	40,21
Ganzkörperszintigraphie	17311	82	53.823	4,29	44,50
Thyreoglobulin	32420	312	50.972	4,06	48,56
Schilddrüsen - Sonographie	33012	598	50.792	4,05	52,61
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	17331	49	34.592	2,76	55,36
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	462	32.489	2,59	57,95
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	325	31.376	2,50	60,45
Calcitonin	32410	198	27.694	2,21	62,66
Teilkörperszintigraphie	17310	59	26.790	2,13	64,79
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	22	26.418	2,10	66,90
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	22	26.160	2,08	68,98
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	17332	28	25.928	2,07	71,05
Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	281	24.459	1,95	72,99
123-J-FP-CIT (M. Parkinson)	40538	3	22.654	1,80	74,80
ft4	32320	581	20.176	1,61	76,41
ft3	32321	578	20.076	1,60	78,01
GOZ > 80000		39	147	0,01	78,02
Sonstige		4.019	275.919	21,98	100,00
Gesamt		9.127	1.255.172	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.24 Orthopädie

Tabelle 59: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Orthopädie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	10.549	2.015.578	18,55	18,55
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.275	1.820.442	16,75	35,29
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	4.427	938.032	8,63	43,93
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.619	775.497	7,14	51,06
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.715	588.654	5,42	56,48
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	16.762	510.644	4,70	61,18
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.420	313.568	2,89	64,06
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	2.088	312.213	2,87	66,93
Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	488	229.146	2,11	69,04
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.806	187.415	1,72	70,77
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.394	179.680	1,65	72,42
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.342	140.736	1,29	73,71
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.742	139.318	1,28	75,00
Zuschlag zur GOP 18220	18222	16.105	128.765	1,18	76,18
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	612	113.511	1,04	77,22
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	154	101.505	0,93	78,16
Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	34231	703	97.765	0,90	79,06
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	1.270	97.161	0,89	79,95
Abdrücke und Modelle I	31941	1.697	96.673	0,89	80,84
Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	31145	15	78.785	0,72	81,57
GOZ > 80000		7.178	307	0,00	81,57
Sonstige		62.091	2.003.145	18,43	100,00
Gesamt		152.450	10.868.541	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.25 Pathologie

Tabelle 60: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Pathologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	11.781	977.803	34,34	34,34
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	10.893	555.475	19,51	53,85
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.793	437.487	15,36	69,21
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	1733	3.547	262.425	9,22	78,43
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	9.144	223.145	7,84	86,27
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	713	41.376	1,45	87,72
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	102	36.302	1,27	89,00
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	239	25.821	0,91	89,90
Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	19322	42	22.264	0,78	90,69
Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	19315	250	20.790	0,73	91,42
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	1	19.557	0,69	92,10
B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung	19433	5	18.027	0,63	92,74
Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	19424	31	17.608	0,62	93,35
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	1743	109	14.303	0,50	93,86
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	62	13.168	0,46	94,32
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	25	13.005	0,46	94,78
Laborgrundpauschale Tumorgenetik	19403	31	11.949	0,42	95,19
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19421	52	11.037	0,39	95,58

...

Fortsetzung Tabelle 61: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Pathologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	19411	10	9.006	0,32	95,90
Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	19452	9	8.135	0,29	96,18
GOZ > 80000		1.187	222	0,01	96,19
Sonstige		1.723	108.416	3,81	100,00
Gesamt		41.752	2.847.321	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Tabelle 61: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	20211	122	25.975	10,51	10,51
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	63	18.467	7,48	17,99
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20210	58	18.165	7,35	25,34
Tonschwellenaudiometrie	20320	119	17.445	7,06	32,40
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	94	12.471	5,05	37,45
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	86	12.060	4,88	42,33
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	92	11.033	4,47	46,80
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinder-audiometrieanlage	20336	61	10.301	4,17	50,97
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	20212	42	9.027	3,65	54,62
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	9211	45	8.832	3,57	58,20
Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	20360	54	7.663	3,10	61,30
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9212	35	7.197	2,91	64,21
Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	20330	24	4.937	2,00	66,21
Lupenlaryngoskopie	20310	60	4.592	1,86	68,07
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	1321	28	4.376	1,77	69,84
Zuschlag für die phoniatisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	156	4.223	1,71	71,55
Videostroboskopie	20314	27	4.170	1,69	73,24
Schallspektrographie	20352	12	3.812	1,54	74,78
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	20323	47	3.683	1,49	76,27
Elektroglottographie	20351	13	3.671	1,49	77,76
GOZ > 80000		84	29	0,01	77,77
Sonstige		1.485	54.919	22,23	100,00
Gesamt		2.809	247.049	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.27 Physikalische und rehabilitative Medizin

Tabelle 62: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	27211	446	105.042	17,98	17,98
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	366	91.185	15,61	33,58
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	210	89.403	15,30	48,88
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	264	56.023	9,59	58,47
Ganzkörperstatus	27310	222	25.073	4,29	62,76
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	259	18.411	3,15	65,91
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	278	17.977	3,08	68,99
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	36	17.863	3,06	72,05
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	42	13.689	2,34	74,39
Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	28	13.306	2,28	76,67
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	4	11.581	1,98	78,65
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	116	8.017	1,37	80,02
Massagetherapie	30400	103	7.617	1,30	81,33
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	47	7.108	1,22	82,54
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	105	6.802	1,16	83,71
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	39	5.860	1,00	84,71
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	20	5.823	1,00	85,71
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	58	5.473	0,94	86,64
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	8	5.156	0,88	87,53
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	42	4.985	0,85	88,38
GOZ > 80000		152	223	0,04	88,42
Sonstige		3.052	67.681	11,58	100,00
Gesamt		5.898	584.298	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.28 Psychiatrie und Psychotherapie

Tabelle 63: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Psychiatrie und Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.999	525.313	23,88	23,88
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	21211	1.437	285.359	12,97	36,85
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	841	170.372	7,74	44,60
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	478	142.970	6,50	51,10
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	365	136.738	6,22	57,31
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	255	107.428	4,88	62,19
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.245	96.940	4,41	66,60
Zuschlag Fremdanamnese	21216	395	59.243	2,69	69,29
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	65	54.321	2,47	71,76
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	61	51.499	2,34	74,10
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	52	43.314	1,97	76,07
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	179	36.492	1,66	77,73
Besuch eines weiteren Kranken	1413	310	32.242	1,47	79,20
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	38	32.050	1,46	80,65
Probatorische Sitzung	35150	47	29.479	1,34	81,99
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.179	26.147	1,19	83,18
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	61	25.561	1,16	84,35
Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	21232	116	22.995	1,05	85,39
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	1950	587	22.902	1,04	86,43
Zuschlag Wochenende, Feiertage	1951	191	15.882	0,72	87,15
GOZ > 80000		2.327	69	0,00	87,16
Sonstige		7.885	282.525	12,84	100,00
Gesamt		24.113	2.199.842	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.29 Psychotherapeutische Medizin

Tabelle 64: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Psychotherapeutische Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	854	718.070	18,02	18,02
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	597	501.702	12,59	30,62
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	547	459.762	11,54	42,16
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	932	392.487	9,85	52,01
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	465	390.895	9,81	61,82
Probatorische Sitzung	35150	289	179.317	4,50	66,32
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	388	163.513	4,10	70,43
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	137	115.318	2,89	73,32
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.256	102.900	2,58	75,90
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	121	101.782	2,55	78,46
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	894	96.583	2,42	80,88
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	93	78.435	1,97	82,85
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	691	74.611	1,87	84,72
Biographische Anamnese	35140	144	70.967	1,78	86,51
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	22211	362	65.011	1,63	88,14
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	501	60.155	1,51	89,65
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	209	34.833	0,87	90,52
Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung	22216	156	26.379	0,66	91,18
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	984	22.026	0,55	91,74
Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35411	22	18.098	0,45	92,19
GOZ > 80000		526	466	0,01	92,20
Sonstige		3.086	310.629	7,80	100,00
Gesamt		14.254	3.983.939	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.30 Radiologie

Tabelle 65: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Radiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	937	1.135.909	17,88	17,88
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	878	1.064.554	16,75	34,63
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	456	552.965	8,70	43,33
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	347	284.075	4,47	47,80
MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	34451	230	278.963	4,39	52,19
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	560	249.659	3,93	56,12
CT-Untersuchung des Thorax	34330	360	237.690	3,74	59,86
Mammographie	34270	893	236.404	3,72	63,58
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.595	148.745	2,34	65,92
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.074	146.309	2,30	68,23
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	166	123.494	1,94	70,17
CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	34320	159	118.274	1,86	72,03
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	717	105.632	1,66	73,69
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	1750	265	95.902	1,51	75,20
MRT-Untersuchung des Beckens	34442	76	91.708	1,44	76,65
CT-Untersuchung des Neurocraniums	34310	134	81.941	1,29	77,94
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	82	80.553	1,27	79,20
MRT-Untersuchung des Oberbauchs	34440	58	70.115	1,10	80,31
Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	34345	299	68.131	1,07	81,38
Zuschlag Dynamische Serien	34344	134	68.043	1,07	82,45
GOZ > 80000		511	57	0,00	82,45
Sonstige		14.509	1.115.020	17,55	100,00
Gesamt		27.441	6.354.145	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2019

4.2.31 Sonstige Leistungserbringer

Tabelle 66: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Sonstige Leistungserbringer	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	843	3.761.611	31,76	31,76
Notfallpauschale	1212	9.620	1.875.888	15,84	47,59
Notfallpauschale	1210	4.665	559.808	4,73	52,32
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	102	485.641	4,10	56,42
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	1418	593	460.967	3,89	60,31
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.538	378.087	3,19	63,50
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	1750	448	193.378	1,63	65,13
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	40824	128	190.867	1,61	66,74
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.584	164.979	1,39	68,14
CT-Untersuchung des Neurocraniums	34310	197	120.863	1,02	69,16
Abdominelle Sonographie	33042	734	115.169	0,97	70,13
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	2301	773	99.653	0,84	70,97
Aufnahmen der Extremitäten	34233	858	88.937	0,75	71,72
Notfallkonsultationspauschale II	1216	612	85.746	0,72	72,45
Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	1226	830	74.694	0,63	73,08
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	498	70.201	0,59	73,67
Zuschlag zu der Kostenpauschale 40823 oder 40825 bei Versicherten ab vollendetem 79. Lebensjahr	40833	231	64.966	0,55	74,22
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	405	60.471	0,51	74,73
Kostenpauschale für Dialyse bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr am Wohnort	40815	10	59.809	0,50	75,23
Fixierender Verband	2350	545	57.754	0,49	75,72
GOZ > 80000		20.282	1.576	0,01	75,73
Sonstige		66.633	2.874.396	24,27	100,00
Gesamt		113.128	11.845.461	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.32 Strahlentherapie

Tabelle 67: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Strahlentherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	832	1.093.855	40,67	40,67
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	1.797	637.750	23,71	64,38
Bestrahlungsplanung III	25342	111	278.352	10,35	74,73
3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	25323	1.778	168.900	6,28	81,01
Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/böartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	25320	492	130.361	4,85	85,85
Zuschlag Bestrahlungsfelder	25322	1.708	110.996	4,13	89,98
Bestrahlungsplanung II	25341	65	109.377	4,07	94,05
Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	25211	82	55.539	2,06	96,11
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	80	31.098	1,16	97,27
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	90	27.737	1,03	98,30
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	91	11.464	0,43	98,73
192-Iridium	40580	3	8.404	0,31	99,04
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	59	5.739	0,21	99,25
Bestrahlungsplanung I	25340	11	4.248	0,16	99,41
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	40841	12	3.427	0,13	99,54
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	390	2.014	0,07	99,61
Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	25332	3	1.980	0,07	99,69
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	1418	1	994	0,04	99,72
Notfallpauschale	1212	3	512	0,02	99,74
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	409	499	0,02	99,76
GOZ > 80000		77	2.302	0,09	99,85
Sonstige		114	4.143	0,15	100,00
Gesamt		8.211	2.689.690	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

4.2.33 Urologie

Tabelle 68: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2018

Urologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.393	1.534.642	26,19	26,19
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26211	3.567	622.538	10,62	36,81
Uro-Genital-Sonographie	33043	5.740	498.263	8,50	45,31
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	1731	2.454	350.619	5,98	51,30
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.581	259.873	4,43	55,73
Abdominelle Sonographie	33042	1.222	171.196	2,92	58,65
Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26310	326	144.701	2,47	61,12
Urinuntersuchung	32720	2.548	131.493	2,24	63,37
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	10.456	100.405	1,71	65,08
Zusatzpauschale Onkologie	26315	498	95.096	1,62	66,70
Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26311	312	84.708	1,45	68,15
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.271	65.377	1,12	69,26
Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	1748	438	64.734	1,10	70,37
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	411	62.274	1,06	71,43
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	697	57.573	0,98	72,41
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	345	52.378	0,89	73,31
Besuch	1410	226	47.434	0,81	74,12
Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	26340	574	46.443	0,79	74,91
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	32	46.395	0,79	75,70
Zusatzpauschale ESWL	26330	9	46.001	0,78	76,49
GOZ > 80000		7.929	287.676	4,91	81,40
Sonstige		49.261	1.090.255	18,60	100,00
Gesamt		109.291	5.860.074	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet

** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent

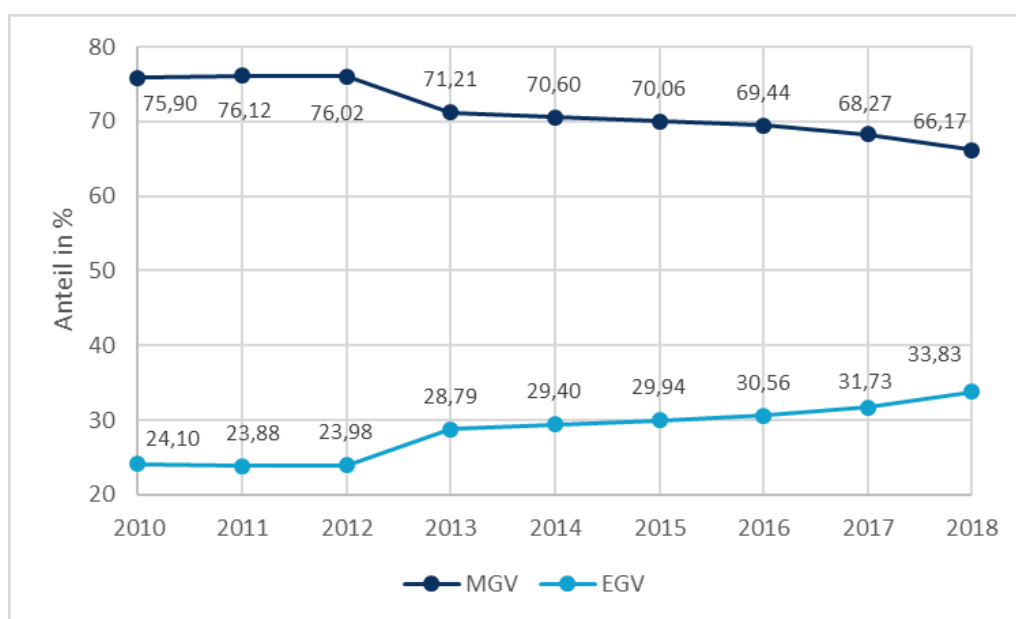
Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2019

5 Budgetierte und extrabudgetäre Leistungen

In den vergangenen Jahren war bereits zu beobachten, dass sich der Anteil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) verringert, bei gleichzeitigem Anstieg der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Dieser Trend setzt sich auch im Jahr 2018 fort. So beträgt die MGV nur noch etwa 66,2 % und die EGV etwa 33,8 % (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Leistungen nach Budgetkennung



Quelle: Formblatt 3 2018

© WIdO 2019

6 Anhang

6.1 Definition: „Arztgruppen“

Bei den Auswertungen wird die von der KBV vorgenommene Definition zur Zusammensetzung der einzelnen Arztgruppen übernommen. Es werden alle Arztgruppen berücksichtigt, die im Laufe einer Abrechnungsperiode mindestens einmal über die KV im Rahmen der GKV abgerechnet haben. Folgende Arztgruppen werden in diesem Bericht berücksichtigt:

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Einrichtungen nach § 311 bzw. § 17 SGB V (N. L.)
- Fachwissenschaftler
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gemeinschaftspraxen (fachungleich)
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Kinderheilkunde
- Laboratoriumsmedizin
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
- Nichtärztliche Psychotherapeuten
- Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten
- Nuklearmedizin
- Orthopädie
- Pathologie
- Phoniatrie und Pädaudiologie
- Physikalische und rehabilitative Medizin
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychotherapeutische Medizin
- Radiologie
- Sonstige Leistungserbringer
- Strahlentherapie
- Urologie

6.2 Umrechnungsfaktor für den Leistungsbedarf

Der Umsatz im ambulanten Sektor wird in Punkten ausgewiesen. Der Leistungsbedarf in Euro-Beträgen wird deshalb in Punkte umgerechnet. Hierzu wird der Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (0,106543 Euro) herangezogen, wie ihn der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 52. Sitzung am 19.09.2017 für das Jahr 2018 festgelegt hat.