

Hendrik Dräther · Andreas Gutsch

LISA



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

Das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahre 2017

Auswertung der GKV-Frequenzstatistik

Wissenschaftliches Institut der AOK

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

Das Leistungsgeschehen in der
Vertragsärztlichen Versorgung
im Jahre 2017
Auswertung der GKV-Frequenzstatistik
Berlin, Januar 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 2017 der KBV,
Jahresrechnung KJ1 2017,
Formblatt 3 der KBV 2017

Grafik und Satz: Melanie Hoberg
Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann

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.....	5
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, Leistungsbereiche.....	19
4	Häufigste und umsatzstärkste Leistungen nach Arztgruppen	21
4.1	Häufigste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen	22
4.1.1	Allgemeinmedizin.....	22
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-Ohrenheilkunde	30
4.1.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten	31
4.1.11	Humangenetik.....	32
4.1.12	Internist.....	34
4.1.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie.....	35
4.1.14	Kinderarzt	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.....	57
4.2.3	Augenheilkunde.....	58
4.2.4	Chirurgie.....	59
4.2.5	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.).....	60
4.2.6	Fachwissenschaftler.....	61
4.2.7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	62
4.2.8	Gemeinschaftspraxen (fachungleich).....	63
4.2.9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.....	64
4.2.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	65
4.2.11	Humangenetik.....	66
4.2.12	Internist.....	67
4.2.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie.....	68
4.2.14	Kinderarzt.....	69
4.2.15	Laboratoriumsmedizin.....	70
4.2.16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	71
4.2.17	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie).....	72
4.2.18	Neurochirurgie.....	73
4.2.19	Neurologie.....	74
4.2.20	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.....	75
4.2.21	Nichtärztliche Psychotherapeuten.....	76
4.2.22	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten.....	77
4.2.23	Nuklearmedizin.....	78
4.2.24	Orthopädie.....	79
4.2.25	Pathologie.....	80
4.2.26	Phoniatrie und Pädaudiologie.....	81
4.2.27	Physikalische und rehabilitative Medizin.....	82
4.2.28	Psychiatrie und Psychotherapie.....	83
4.2.29	Psychotherapeutische Medizin.....	84
4.2.30	Radiologie.....	85
4.2.31	Sonstige Leistungserbringer.....	86
4.2.32	Strahlentherapie.....	87
4.2.33	Urologie.....	88
5	Budgetierte und extrabudgetäre Leistungen.....	89
6	Anhang.....	90
6.1	Definition: „Arztgruppen“.....	90
6.2	Umrechnungsfaktor für den Leistungsbedarf.....	91

1 Einführung

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

Vereinfachend ausgedrückt besteht die vertrags- oder kassenärztliche 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 formalrechtliche Grundlagen.

Daneben beteiligen sich insbesondere Krankenhäuser und den Krankenhäusern nahestehende Einrichtungen an der ambulanten Versorgung. Ein Großteil dieser Einrichtungen, wie z. B. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB oder Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, rechnen ihre Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung direkt mit den Krankenkassen ab. Diese Leistungen sind in der Frequenzstatistik nicht einbezogen.

Auch aus Sicht der Abrechnungsdaten ist der Grenzbereich zwischen ambulant und stationär in vielen Fällen nicht systematisch und eindeutig voneinander getrennt. So werden ambulante Notfalleistungen (Leistungen des Kapitels 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs) der Notfallambulanzen der Krankenhäuser über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Sie sind Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ebenso können Krankenhausabteilungen oder in Krankenhäusern beschäftigte Ärzte „ermächtigt“ werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. In diesen Fällen gehören ambulante Leistungen von Krankenhäusern und – in quantitativer Hinsicht jedoch weniger bedeutend – Krankenhaus-nahen Einrichtungen ebenso zur vertragsärztlichen Versorgung. Andererseits gehören aber auch belegärztliche Leistungen niedergelassener Ärzte bei stationärer Versorgung zur vertragsärztlichen Versorgung.

Die detaillierten Analysen im dritten und vierten Kapitel basieren auf den vertragsgemäß von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Verfügung gestellten Daten der GKV-Frequenzstatistik bezüglich der von den Vertragsärzten angeforderten Leistungen des Jahres 2017.

Der in den Tabellen ausgewiesene Leistungsbedarf wird in Punkten angegeben. Wenn der Leistungsbedarf in Euro abgerechnet wurde, wird dieser mittels des Orientierungswertes in Punkte umgerechnet (siehe Kapitel 6.2) und zum in Punkten angeforderten Leistungsbedarf addiert. Nur in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung 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 Berichtes bundeseinheitlich mit dem Orientierungswert 0,1053 EUR über alle Regionen Deutschlands hinweg gearbeitet.

Neben dem vertragsärztlichen Bereich werden ambulante Leistungen auch unter anderen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie von anderen Leistungserbringern erbracht. Dazu zählen insbesondere die Versorgung von Patienten innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V sowie in Krankenhäusern und Krankenhaus-nahen Einrichtungen, sofern diese ihre Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Um einen Überblick über die Zusammensetzung der Gesamtausgaben für die ambulante Behandlung, die kassen- oder vertragsärztliche Versorgung und deren Anteil an allen Leistungsausgaben innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung zu bekommen, werden folgende Konten der Jahresrechnung KJ1 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- u. 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



Im Jahr 2017 wurden seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung rund 44,0 Mrd. Euro bzw. 609 Euro je Versicherten für die ambulante Behandlung ausgegeben. Der Anteil der Leistungsausgaben für ambulante Behandlung an allen Leistungsausgaben erhöhte sich geringfügig von 20,1 % in 2016 auf 20,2 % in 2017. Von den rund 44,0 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung insgesamt entfallen rund 40,5 Mrd. Euro auf die vertragsärztliche Versorgung und 3,5 Mrd. Euro auf Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-nahe Einrichtungen.

Die 40,5 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung im vertragsärztlichen Bereich beinhalten etwa 38,3 Mrd. Euro für kollektivvertragliche Leistungen inklusive Leistungen nach §§ 73b, 73c und 140a unter Beteiligung der KVen. Etwa 2,2 Mrd. Euro entfallen auf selektivvertragliche Leistungen ohne Beteiligung der KVen. Im Vergleich zum Vorjahr sind die selektivvertraglichen Leistungen (ohne Beteiligung der KVen) um etwa 14,5 % angestiegen.

In der Tabelle zu Kapitel 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 3.2 enthält Angaben zur Anzahl der abgerechneten Leistungen und zum Leistungsbedarf in Punkten gegliedert nach EBM-Abschnitten, ergänzt durch die Gruppierung „Gebührenordnungsnummern ≥ 80000 “.

Die Tabelle 3.3 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 2017 wurden etwa 44,0 Mrd. Euro bzw. 20,2 % des Leistungsvolumens der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für die ambulante Behandlung ausgegeben. Davon entfällt der überwiegende Anteil in Höhe von 40,5 Mrd. Euro auf die vertragsärztliche Versorgung (inklusive aller Selektivverträge) sowie 3,5 Mrd. Euro auf Krankenhäuser bzw. Krankenhausnahe Einrichtungen. Etwa 38,3 Mrd. Euro wurden für kollektivvertragliche Leistungen ausgegeben. Dies entspricht einer Steigerung von 3,4 % absolut bzw. 2,2 % je Versicherten im Vergleich zum Vorjahr.
2. In der GKV-Frequenzstatistik, die die kollektivvertragliche Versorgung abbildet, ist der Leistungsbedarf in Punkten 2017 absolut um 1,3 % im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Der Leistungsbedarf je Versicherten stieg um 0,2 %.
3. Auf die Fachgruppe der Allgemeinmediziner entfallen 27,6 % aller abgerechneten Leistungen. Allerdings sind Allgemeinmediziner auch in fachungleichen Gemeinschaftspraxen sowie in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig. Zudem findet ein Teil der hausärztlichen Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung in Selektivverträgen nach § 73b SGB V statt.
4. Die umsatzstärkste Arztgruppe im fachärztlichen Versorgungsbereich stellen die Internisten dar, auf die 7,5 % des angeforderten Leistungsbedarfs entfallen, gefolgt von der Arztgruppe der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit einem Anteil von 6,0 % am gesamten angeforderten Leistungsbedarfs.¹
5. Auf fachgleiche Gemeinschaftspraxen (10,3 %) sowie auf Einrichtungen nach § 311 SGB V (11,7 %) entfallen 22,0 % der angeforderten Leistungen. Die letztgenannte „Fachgruppe“ verzeichnet im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von 10,0 %. In beiden „Fachgruppen“ gibt es einen deutlichen fachärztlichen Versorgungsschwerpunkt.

¹ Analog zu den Allgemeinmedizinern sind auch Fachärzte in fachungleichen Gemeinschaftspraxen sowie in Einrichtungen nach § 311 SGB V tätig. Deren angeforderten Leistungsbedarfe sind in den hier ausgewiesenen Arztgruppen nicht mitgezählt.

6. Mit Blick auf die einzelnen EBM-Kapitel ist zu erkennen, dass auf das EBM-Kapitel 3 „Hausärztlicher Versorgungsbereich“ 23,3 % des Leistungsbedarfs und auf das EBM-Kapitel 1 „Allgemeine Gebührenordnungspositionen“ 11,1 % entfällt.
7. Die „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien“ mit einem Anteil von 7,3 % am GKV-weiten Leistungsbedarf stellen das drittgrößte EBM-Kapitel dar, dessen Leistungen im Vergleich zum Vorjahr um 5,8 % ange-stiegen sind. Dies ist vor allem auf den Anstieg des EBM-Abschnitts „Nicht antragsfähige Leistung“ von 18,8 % zurückzuführen, in dem im Zusam-menhang 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. „Com-putertomographie“ sowie 34.04. „Magnet-Resonanz-Tomographie“ entfällt insgesamt 5,2 % des Leistungsbedarfs der kollektivvertraglichen Versor-gung. Sie weisen auf einen strukturellen Wandel in der medizinischen Ver-sorgung hin, da dem Leistungsbedarf für das konventionelle Röntgen (di-agnostischen Radiologie) mit einem Rückgang von 2,7 % ein steigender Leistungsbedarf bei den Computer- (Anstieg von 2,1 %) und Magnet-Re-sonanz-Tomographien (Anstieg von 2,1 %) gegenübersteht.
9. In den vergangenen Jahren war bereits zu beobachten, dass sich der Anteil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) verringert bei gleich-zeitigem Anstieg der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Dieser Trend setzt sich auch im Jahr 2017 fort. So beträgt die MGV nur noch etwa 68,3 % und die EGV etwa 31,7 % der an die Kassenärztlichen Vereinigun-gen gezahlten Gesamtvergütungen.

3 Abgerechnete Leistungen nach EBM

3.1 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln

Tabelle 3.1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln 2017

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	256.604	39.846.440	11,10	1,11
02. Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	29.699	2.065.532	0,58	-2,84
03. Hausärztlicher Versorgungsbereich	835.924	83.597.080	23,28	1,63
04. Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin	76.929	11.228.314	3,13	2,33
05. Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen	9.894	1.108.876	0,31	-0,91
06. Augenärztliche Gebührenordnungspositionen	169.994	10.284.102	2,86	0,47
07. Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen	47.659	4.062.618	1,13	-0,55
08. Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	145.280	7.301.851	2,03	0,23
09. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen	101.745	7.803.383	2,17	0,62
10. Hautärztliche Gebührenordnungspositionen	82.733	4.410.313	1,23	0,76
11. Humangenetische Gebührenordnungspositionen	3.096	1.735.309	0,48	-19,73
12. Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	58.901	446.170	0,12	1,90
13. Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin	101.148	20.665.541	5,76	0,82
14. Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14.254	1.511.935	0,42	0,82
15. Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	600	77.938	0,02	5,94
16. Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen	39.759	4.630.050	1,29	3,45
17. Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen	5.340	1.856.720	0,52	0,00
18. Orthopädische Gebührenordnungspositionen	108.152	8.119.119	2,26	1,28
19. Pathologische Gebührenordnungspositionen	40.689	3.745.116	1,04	14,67
20. Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	2.822	332.489	0,09	4,80
21. Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)	61.331	6.356.972	1,77	-1,29
22. Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	2.539	246.834	0,07	-9,22

...

<i>Fortsetzung Tabelle 3.1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln 2017</i>				
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 Jugendlichen-Psychotherapeuten)	16.910	1.996.286	0,56	-4,13
24. Radiologische Gebührenordnungspositionen	14.029	703.024	0,20	0,28
25. Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen	17.748	4.310.435	1,20	2,44
26. Urologische Gebührenordnungspositionen	42.342	3.263.416	0,91	1,30
27. Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin	5.584	674.728	0,19	1,19
30. Spezielle Versorgungsbereiche	52.489	9.101.633	2,53	-0,87
31. Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	21.305	14.358.266	4,00	0,01
32. In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin	1.578.863	24.248.074	6,75	1,44
33. Ultraschalldiagnostik	53.389	7.133.088	1,99	-0,92
34. Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie	48.636	19.241.440	5,36	1,07
35. Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien	91.246	26.131.823	7,28	5,84
36. Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	1.351	869.565	0,24	-3,74
37. Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte	3.953	478.252	0,13	514,66
38. Delegationsfähige Leistungen	1.613	111.478	0,03	91,00
40. Kostenpauschalen	311.977	22.267.530	6,20	-0,54
Gebührenordnungsnummern >= 80000	368.207	2.753.663	0,77	1,76
Gesamt	4.824.736	359.075.403	100,00	1,34
<p>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.</p> <p><i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i></p>				

WIdO 2019

3.2 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten

Leistungen nach EBM-Abschnitten	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
01.01. Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	3.772	586.150	0,16	-6,72
01.02. Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	22.056	3.646.058	1,02	1,98
01.03. Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	4.436	659.712	0,18	-2,25
01.04. Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	51.162	7.788.534	2,17	-3,74
01.05. Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	2.228	1.608.200	0,45	0,42
01.06. Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	10.388	481.025	0,13	0,05
01.07. Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	148.600	24.253.420	6,75	3,14
01.08. Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	13.963	823.341	0,23	-2,31
02.01. Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	4.160	367.058	0,10	-2,19
02.02. Tuberkulintestung	3	30	0,00	7,28
02.03. Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	15.891	1.512.826	0,42	-2,39
02.04. Diagnostische Verfahren, Tests	379	35.431	0,01	-2,33
02.05. Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	9.266	150.188	0,04	-8,68
03.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung	835.924	83.597.080	23,28	1,63
04.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	75.018	10.699.523	2,98	2,14
04.04. Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	1.339	363.587	0,10	3,74
04.05. Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung	571	165.204	0,05	12,25
05.02. Anästhesiologische Grundpauschalen	6.692	366.940	0,10	2,20
05.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	3.179	733.220	0,20	-2,26
05.04. Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4	23	8.716	0,00	-11,84
06.02. Augenärztliche Grundpauschalen	141.538	7.826.552	2,18	0,64

...

Fortsetzung Tabelle 3.2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2017

Leistungen nach EBM-Abschnitten	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
06.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	28.456	2.457.550	0,68	-0,07
07.02. Chirurgische Grundpauschalen	45.418	3.599.351	1,00	-0,15
07.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.241	463.267	0,13	-3,49
08.02. Frauenärztliche Grundpauschalen	143.059	6.655.013	1,85	0,50
08.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.844	305.243	0,09	0,06
08.04. Geburtshilfe	82	99.824	0,03	-9,93
08.05. Reproduktionsmedizin	295	241.771	0,07	-2,12
09.02. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen	79.703	4.977.026	1,39	1,75
09.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	22.042	2.826.358	0,79	-1,31
10.02. Hautärztliche Grundpauschalen	76.609	3.479.244	0,97	1,38
10.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	6.124	931.069	0,26	-1,50
11.02. Humangenetische Grundpauschalen	109	46.692	0,01	6,16
11.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	215	138.329	0,04	-88,40
11.04. In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	2.772	1.550.288	0,43	67,49
12.02. Laboratoriumsmedizinische Pauschalen	58.901	446.170	0,12	1,90
13.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung	14.793	1.611.018	0,45	-0,80
13.03. Schwerpunktorientierte internistische Versorgung	86.355	19.054.524	5,31	0,96
14.02. Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen	4.081	384.658	0,11	3,72
14.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10.173	1.127.277	0,31	-0,14
15.02. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen	446	49.709	0,01	2,39
15.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	154	28.230	0,01	12,83
16.02. Neurologische Grundpauschalen	23.716	1.781.458	0,50	7,17
16.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.043	2.848.592	0,79	1,25
17.02. Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen	2.705	244.068	0,07	-1,40
17.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.635	1.612.652	0,45	0,22
18.02. Orthopädische Grundpauschalen	98.193	6.261.433	1,74	1,67
18.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	9.959	1.857.687	0,52	-0,02
19.02. Pathologische Konsiliarpauschalen	2	155	0,00	-11,22
19.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	39.530	3.060.993	0,85	2,06

...

Fortsetzung Tabelle 3.2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2017

Leistungen nach EBM-Abschnitten	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
19.04. In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	1.157	683.969	0,19	156,59
20.02. Phoniatische und pädaudiologische Grundpauschalen	1.427	110.645	0,03	7,51
20.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.395	221.844	0,06	3,50
21.02. Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	44.448	3.488.470	0,97	-0,51
21.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.882	2.868.503	0,80	-2,22
22.02. Psychosomatisch und psychotherapeutisch – medizinische Grundpauschalen	1.356	126.731	0,04	2,71
22.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.184	120.102	0,03	-19,13
23.02. Psychotherapeutische Grundpauschalen	8.230	1.065.244	0,30	10,67
23.03. Therapeutische Gebührenordnungsposition	8.680	931.042	0,26	-16,85
24.02. Radiologische Konsiliarpauschalen	14.029	703.024	0,20	0,28
25.02. Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen	682	248.405	0,07	2,07
25.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	17.066	4.062.029	1,13	2,46
26.02. Urologische Grundpauschalen	40.133	2.741.545	0,76	1,89
26.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.209	521.871	0,15	-1,71
27.02. Physikalisch rehabilitative Grundpauschalen	4.313	432.667	0,12	1,48
27.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.272	242.061	0,07	0,68
30.01. Allergologie	5.899	1.196.449	0,33	-4,50
30.02. Chirotherapie	13.683	880.259	0,25	-2,46
30.03. Neurophysiologische Übungsbehandlung	516	36.629	0,01	-6,18
30.04. Physikalische Therapie	5.549	379.553	0,11	-1,73
30.05. Phlebologie	1.515	226.593	0,06	-0,27
30.06. Proktologie	2.951	289.606	0,08	-1,80
30.07. Schmerztherapie	20.356	4.651.551	1,30	-0,69
30.08. Soziotherapie	70	5.527	0,00	4,05
30.09. Schlafstörungsdiagnostik	932	1.181.244	0,33	3,01
30.10. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	370	150.068	0,04	3,66
30.11. Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	141	66.866	0,02	7,09
30.12. Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA	414	19.207	0,01	-5,84

...

Fortsetzung Tabelle 3.2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2017

Leistungen nach EBM-Abschnitten	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
30.13. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	94	18.082	0,01	14,91
31.01. Präoperative Gebührenordnungspositionen	1.180	445.469	0,12	-3,43
31.02. Ambulante Operationen	5.494	8.804.159	2,45	0,63
31.03. Postoperative Überwachungskomplexe	4.387	2.025.825	0,56	-0,01
31.04. Postoperative Behandlungskomplexe	4.542	765.249	0,21	0,29
31.05. Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2	2.454	2.111.526	0,59	-1,55
31.06. Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	3.249	206.037	0,06	-3,30
32.01. Grundleistungen	385.179	2.379.967	0,66	-1,72
32.02. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	1.004.141	5.903.655	1,64	-1,08
32.03. Spezielle Untersuchungen	189.543	15.964.452	4,45	2,90
33.00. Ultraschalldiagnostik	53.389	7.133.088	1,99	-0,92
34.02. Diagnostische Radiologie	32.105	4.437.565	1,24	-2,74
34.03. Computertomographie	5.786	3.501.245	0,98	2,06
34.04. Magnet-Resonanz-Tomographie	9.903	10.651.679	2,97	2,07
34.05. Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	629	528.568	0,15	3,93
34.06. Osteodensitometrie	194	30.878	0,01	-0,37
34.07. Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	19	91.495	0,03	31,82
34.08. Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	0	11	0,00	n.a.
35.01. Nicht antragspflichtige Leistungen	36.152	8.531.875	2,38	18,75
35.02. Antragspflichtige Leistungen	39.042	17.079.755	4,76	0,42
35.03. Psychodiagnostische Testverfahren	16.052	520.193	0,14	4,59
36.02. Belegärztliche Operationen	414	682.281	0,19	-2,99
36.03. Postoperative Überwachungskomplexe	195	21.033	0,01	-5,01
36.05. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2	140	110.320	0,03	-5,31
36.06. Belegärztlich konservativer Bereich	602	55.931	0,02	-8,88
37.02. Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte	3.953	478.252	0,13	514,66
38.02. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern	1.519	103.304	0,03	90,71
38.03. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten	94	8.174	0,00	94,72
40.03. Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	44.051	1.106.444	0,31	-0,11

...

<i>Fortsetzung Tabelle 3.2: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2017</i>				
Leistungen nach EBM-Abschnitten	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt ¹ in Tsd.	Anteil ² in %	Vorjahr ³ in %
40.04. Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	151.705	825.723	0,23	-0,20
40.05. Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter	94.001	778.087	0,22	-9,23
40.06. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	131	231.783	0,06	-3,15
40.08. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe	9	19.454	0,01	-5,05
40.10. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	1.459	595.153	0,17	1,35
40.11. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe	1	3.615	0,00	16,73
40.13. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen	207	419.899	0,12	-2,53
40.14. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	6.121	15.138.244	4,22	-1,07
40.15. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten der Strahlentherapie	2.305	2.915.598	0,81	5,16
40.16. Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening	11.988	233.530	0,07	-2,86
Gebührenordnungsnummern >= 80000	368.207	2.753.663	0,77	1,76
Gesamt	4.824.736	359.075.403	100,00	1,34
<p>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.</p> <p><i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i></p>				

WIdO 2019

3.3 Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereiche

Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %	Arztgruppen- übergreifende Leistungen		Versorgungs- bereich		Kos- ten- pau- schalen	GOZ >= 80000
					allge- mein	spezi- ell	Haus- ärzt- lich	fach- ärzt- lich		
Allgemeinmedizin	1.397.573	99.067.829	27,58	0,22	12,02	8,91	78,30	0,09	0,58	0,07
Anästhesiologie	22.509	4.050.274	1,13	2,18	1,74	74,48	0,00	23,38	0,37	0,02
Augenheilkunde	182.445	12.231.326	3,41	-1,55	1,07	25,45	0,00	73,27	0,20	0,00
Chirurgie	63.008	6.562.429	1,83	-5,07	6,81	51,38	0,00	40,22	1,57	0,01
Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGBV (N.L.)	738.146	41.884.588	11,66	10,00	6,59	43,26	7,06	29,79	12,47	0,81
Fachwissenschaftler	4.873	113.512	0,03	-6,32	23,69	58,31	0,00	7,44	10,56	0,00
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	331.859	21.369.415	5,95	-0,75	54,00	12,95	0,00	31,80	0,84	0,41
Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	400.688	37.127.115	10,34	2,84	9,66	37,41	10,65	35,48	5,65	1,13
Hals-Nase-Ohren-Heilkunde	125.718	8.534.305	2,38	0,06	2,35	14,99	0,00	82,36	0,28	0,02
Haut- und Geschlechtskrankheiten	122.570	7.328.627	2,04	-1,17	11,73	30,66	0,00	57,13	0,30	0,18
Humangenetik	1.693	747.931	0,21	-22,28	13,27	1,73	0,00	84,78	0,22	0,00
Internist	171.233	26.956.354	7,50	-3,09	6,89	12,18	0,00	52,06	26,77	1,89
Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psy- chotherapie	20.171	2.487.493	0,69	2,91	0,38	13,37	0,00	48,84	0,06	37,36
Kinderarzt	137.670	13.505.653	3,76	4,79	17,89	5,25	75,97	0,12	0,16	0,61
Laboratoriums- medizin	469.835	4.326.610	1,20	-5,00	1,54	93,83	0,00	2,38	2,25	0,00
Mund-Kiefer- Gesichts- chirurgie	2.201	823.844	0,23	1,96	1,02	91,85	0,00	6,91	0,22	0,00
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	35.429	3.079.818	0,86	-7,33	3,38	9,28	0,00	86,90	0,36	0,07
Neurochirurgie	2.883	411.147	0,11	-3,93	2,18	56,33	0,00	41,07	0,41	0,00
Neurologie	21.572	1.903.048	0,53	6,89	4,42	15,85	0,00	79,16	0,55	0,02
Nichtärztliche Kin- der- und Jugend- psychotherapeuten	11.594	3.581.179	1,00	8,81	0,14	89,76	0,00	10,06	0,04	0,00

...

<i>Fortsetzung Tabelle 3.3: Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereiche 2017</i>										
Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
		insgesamt ¹ in Tsd.	An- teil ² in %	Vor- jahr ³ in %	Arztgruppen- übergreifende Leistungen		Versorgungs- bereich		Kos- ten- pau- schalen	GOZ >= 80000
					allge- mein	spezi- ell	Haus- ärzt- lich	fach- ärzt- lich		
Nichtärztliche Psychotherapeuten	18.122	5.822.776	1,62	3,92	0,10	91,65	0,00	8,21	0,04	0,00
Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	30.538	8.633.342	2,40	8,97	0,14	89,81	0,00	10,00	0,06	0,00
Nuklearmedizin	9.417	1.293.546	0,36	-2,77	0,20	35,20	0,00	49,28	15,31	0,01
Orthopädie	154.760	10.982.860	3,06	-1,98	3,88	39,23	0,01	54,99	1,89	0,00
Pathologie	41.927	2.785.708	0,78	3,64	10,73	1,92	0,00	78,98	8,37	0,01
Phoniatrie und Pädaudiologie	2.823	251.869	0,07	5,55	2,97	5,94	0,00	90,75	0,32	0,02
Physikalische und rehabilitative Medizin	6.037	590.094	0,16	0,35	3,44	36,28	0,00	60,00	0,25	0,04
Psychiatrie und Psychotherapie	23.780	2.149.582	0,60	1,83	5,33	20,69	0,00	73,69	0,24	0,00
Psychotherapeutische Medizin	14.296	3.944.857	1,10	2,86	0,84	87,96	0,00	11,11	0,05	0,03
Radiologie	29.681	6.422.338	1,79	1,22	1,84	90,54	0,00	6,27	1,36	0,00
Sonstige Leistungserbringer	114.346	11.676.408	3,25	-2,70	33,99	18,01	0,68	6,60	40,71	0,00
Strahlentherapie	8.611	2.706.775	0,75	-0,66	0,13	1,22	0,00	58,01	40,55	0,09
Urologie	107.427	5.835.108	1,62	-1,35	12,26	30,70	0,00	51,36	0,66	5,01

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

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	161.364	23.863.927	11,55	11,55
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	142.990	1.476.083	10,23	21,78
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	93.314	12.128.385	6,68	28,45
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	90.341	6.230.381	6,46	34,92
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	03222	80.717	806.741	5,78	40,69
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	72.535	9.785.751	5,19	45,88
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03221	69.910	2.795.687	5,00	50,89
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	51.905	8.983.929	3,71	54,60
Zuschlag zur GOP 03060	03061	41.174	195.531	2,95	57,55
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	03060	40.957	357.231	2,93	60,48
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	31.962	39.458	2,29	62,76
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	03005	28.396	6.567.964	2,03	64,80
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	03362	13.329	2.083.223	0,95	65,75
Orientierende Untersuchung	32030	11.450	54.367	0,82	66,57
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	10.846	1.647.343	0,78	67,34
Besuch	01410	10.477	2.210.739	0,75	68,09
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	10.174	53.133	0,73	68,82
Gesundheitsuntersuchung	01732	10.112	3.057.591	0,72	69,55
Besuch eines weiteren Kranken	01413	9.869	1.020.639	0,71	70,25
BSG	32042	8.998	21.362	0,64	70,90
GOZ > 80000		211.656	69.324	15,14	86,04
Sonstige		195.100	15.619.041	13,96	100,00
Gesamt		1.397.573	99.067.829	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

Anästhesiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	2.574	11.915	11,43	11,43
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	05227	1.930	5.796	8,57	20,01
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	05230	1.282	72.988	5,69	25,70
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	05211	1.018	101.273	4,52	30,23
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	1.009	179.724	4,48	34,71
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	05212	838	97.621	3,72	38,43
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	719	84.527	3,20	41,63
Zuschlag weitere 15 Minuten	05331	530	131.392	2,35	43,98
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	510	167.879	2,26	46,25
Postoperative Überwachung 3	31503	508	260.713	2,26	48,50
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	30701	476	4.266	2,11	50,62
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	464	327.879	2,06	52,68
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	05315	453	6.799	2,01	54,70
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	440	212.894	1,95	56,65
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	434	535	1,93	58,58
Anästhesie oder Narkose 2	31822	350	439.272	1,55	60,13
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	337	97.984	1,50	61,63
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	266	1.388	1,18	62,81
Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	31828	242	70.278	1,08	63,89
Anästhesie oder Kurzarkose	05330	235	185.155	1,05	64,93
GOZ > 80000		3.807	767	16,91	81,85
Sonstige		4.086	1.589.228	18,15	100,00
Gesamt		22.509	4.050.274	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.1.3 Augenheilkunde

Augenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	06227	25.705	51.375	14,09	14,09
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	06220	25.490	523.999	13,97	28,06
Zuschlag zur GOP 06220	06222	24.435	146.562	13,39	41,45
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	06225	22.616	2.321.590	12,40	53,85
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	06333	16.440	838.043	9,01	62,86
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	06212	15.215	2.393.952	8,34	71,20
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	12.288	46	6,74	77,94
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	06211	9.688	1.292.917	5,31	83,25
Perimetrie	06330	4.636	648.742	2,54	85,79
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.494	18.248	1,91	87,70
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	06321	2.006	360.936	1,10	88,80
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	919	1.134	0,50	89,31
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	06210	819	133.417	0,45	89,75
Verwaltungskomplex	01430	644	7.715	0,35	90,11
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320	540	114.400	0,30	90,40
Postoperative Überwachung 1	31501	499	71.253	0,27	90,68
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	31341	465	356.128	0,25	90,93
Konsultationspauschale	01436	436	7.855	0,24	91,17
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	365	1.478.518	0,20	91,37
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	31718	307	106.398	0,17	91,54
GOZ > 80000		11.108	136	6,09	97,63
Sonstige		4.329	1.357.959	2,37	100,00
Gesamt		182.445	12.231.326	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

Chirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	8.622	26.074	13,68	13,68
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	07227	8.163	16.317	12,96	26,64
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	07220	5.978	187.463	9,49	36,13
Zuschlag zur GOP 07220	07222	5.717	51.450	9,07	45,20
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	07211	5.121	1.181.464	8,13	53,33
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	4.137	21.607	6,57	59,89
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	07212	2.929	778.349	4,65	64,54
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.532	1.891	2,43	66,97
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.098	114.956	1,74	68,72
Zuschlag Farbduplex	33075	932	57.714	1,48	70,19
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	926	147.169	1,47	71,66
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	07311	907	196.823	1,44	73,10
Aufnahmen der Extremitäten	34233	773	80.624	1,23	74,33
Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	728	189.100	1,16	75,49
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	683	58.003	1,08	76,57
Phlebologischer Basiskomplex	30500	588	96.449	0,93	77,50
Fixierender Verband	02350	418	44.293	0,66	78,17
Postoperative Überwachung 3	31503	413	211.574	0,65	78,82
Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	01602	316	3.785	0,50	79,32
Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	02313	283	16.058	0,45	79,77
GOZ > 80000		3.903	887	6,19	85,97
Sonstige		8.843	3.080.379	14,03	100,00
Gesamt		63.008	6.562.429	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.)

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	44.527	232.567	6,03	6,03
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	42.803	308.707	5,80	11,83
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	22.466	75.927	3,04	14,87
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	19.879	490.845	2,69	17,57
Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	15.561	73.890	2,11	19,68
Gamma-GT	32071	14.856	35.270	2,01	21,69
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	14.464	34.338	1,96	23,65
GPT	32070	13.211	31.364	1,79	25,44
TSH	32101	13.001	370.395	1,76	27,20
CRP	32460	12.226	563.850	1,66	28,86
Harnsäure	32064	11.053	26.239	1,50	30,35
Kalium	32081	10.965	26.031	1,49	31,84
GOT	32069	10.467	24.848	1,42	33,26
Glukose	32057	9.993	23.724	1,35	34,61
Natrium	32083	9.112	21.631	1,23	35,84
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	8.973	11.077	1,22	37,06
Cholesterin gesamt	32060	8.344	19.810	1,13	38,19
Triglyceride	32063	8.324	19.762	1,13	39,32
Calcium	32082	7.768	18.442	1,05	40,37
Alkalische Phosphatase	32068	7.568	17.966	1,03	41,40
GOZ > 80000		20.064	339.099	2,72	44,11
Sonstige		412.521	39.118.806	55,89	100,00
Gesamt		738.146	41.884.588	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

Fachwissenschaftler	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	414	10.227	8,50	8,50
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	338	1.678	6,93	15,43
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	336	1.753	6,89	22,31
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	326	24.121	6,69	29,00
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	215	509	4,40	33,41
Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	160	761	3,29	36,70
TSH	32101	119	3.397	2,45	39,15
GPT	32070	115	272	2,36	41,50
HbA1, HbA1c	32094	114	4.348	2,35	43,85
Gamma-GT	32071	113	268	2,32	46,17
Glukose	32057	112	266	2,30	48,47
Harnsäure	32064	103	245	2,12	50,59
CRP	32460	97	4.524	2,00	52,58
Triglyceride	32063	96	228	1,97	54,56
HDL-Cholesterin	32061	95	226	1,95	56,51
LDL-Cholesterin	32062	94	224	1,94	58,44
Kalium	32081	91	216	1,86	60,31
Cholesterin gesamt	32060	90	214	1,85	62,16
GOT	32069	84	200	1,72	63,88
Natrium	32083	74	176	1,52	65,41
GOZ > 80000		217	0	4,45	69,86
Sonstige		1.469	59.657	30,14	100,00
Gesamt		4.873	113.512	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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	08227	33.664	67.284	10,14	10,14
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	08220	32.759	774.411	9,87	20,02
Zuschlag zur GOP 08220	08222	31.694	190.070	9,55	29,57
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	31.103	286.749	9,37	38,94
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	08211	27.349	4.124.324	8,24	47,18
Orientierende Untersuchung	32030	18.803	89.284	5,67	52,85
Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	01822	17.617	1.989.629	5,31	58,15
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung bei der Frau	01730	13.736	2.471.553	4,14	62,29
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	13.197	31.332	3,98	66,27
Scheidensekret- Mikroskopie	01827	10.470	282.566	3,15	69,42
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	01701	8.976	44.902	2,70	72,13
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.804	955.785	2,05	74,18
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	08212	6.342	966.893	1,91	76,09
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	5.726	141.385	1,73	77,82
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	5.348	395.730	1,61	79,43
CTG	01786	3.899	454.322	1,17	80,60
Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	19331	3.064	82.704	0,92	81,53
Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	01820	2.947	32.403	0,89	82,41
Betreuung einer Schwangeren	01770	2.776	3.033.101	0,84	83,25
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	2.600	13.578	0,78	84,03
GOZ > 80000		9.257	87.246	2,79	86,82
Sonstige		43.729	4.854.165	13,18	100,00
Gesamt		331.859	21.369.415	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)

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	30.612	99.716	7,64	7,64
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	24.159	126.186	6,03	13,67
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	10.316	12.736	2,57	16,24
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	7.511	1.110.651	1,87	18,12
Wegepauschale	40852	7.350	35.597	1,83	19,95
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	5.810	47.744	1,45	21,40
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	01752	4.717	180.900	1,18	22,58
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	4.317	292.493	1,08	23,66
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	4.094	8.185	1,02	24,68
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	4.054	526.600	1,01	25,69
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.723	495.813	0,93	26,62
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	03222	3.556	35.524	0,89	27,51
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	3.537	87.326	0,88	28,39
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	3.316	101.679	0,83	29,22
Zuschlag zur GOP 18220	18222	3.238	25.894	0,81	30,03
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.236	144.480	0,81	30,83
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	3.148	397.795	0,79	31,62
Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	2.791	13.253	0,70	32,32
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03221	2.736	109.362	0,68	33,00
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	2.721	6.460	0,68	33,68
GOZ > 80000	80000+	26.433	418.226	6,60	40,27
Sonstige	Rest	239.314	32.850.494	59,73	100,00
Gesamt	Gesamt	400.688	37.127.115	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

4.1.9 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	18.265	18.181	14,53	14,53
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	09227	18.259	36.485	14,52	29,05
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	18.069	481.421	14,37	43,42
Zuschlag zur GOP 09220	09222	17.507	122.544	13,93	57,35
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	09211	10.015	2.068.661	7,97	65,32
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	7.427	1.583.970	5,91	71,22
Lupenlaryngoskopie	09311	5.732	435.210	4,56	75,78
Tonschwellenaudiometrie	09320	3.459	508.137	2,75	78,53
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	09323	3.117	242.809	2,48	81,01
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	2.491	13.012	1,98	83,00
Nasennebenhöhlen - Sonographie	33010	1.631	97.647	1,30	84,29
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09361	1.344	173.241	1,07	85,36
Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09360	1.322	79.268	1,05	86,41
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.068	100.258	0,85	87,26
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	993	1.226	0,79	88,05
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	09210	864	217.389	0,69	88,74
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	09324	664	79.598	0,53	89,27
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	565	38.096	0,45	89,72
Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	09343	546	84.020	0,43	90,15
Allergologiediagnostik II	30111	524	237.625	0,42	90,57
GOZ > 80000		3.902	1.676	3,10	93,67
Sonstige		7.954	1.913.830	6,33	100,00
Gesamt		125.718	8.534.305	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 4.1.10 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	10227	19.082	38.145	15,57	15,57
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	18.993	14.628	15,50	31,06
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	16.642	295.482	13,58	44,64
Zuschlag zur GOP 10220	10222	16.121	80.636	13,15	57,79
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10211	11.230	1.644.548	9,16	66,96
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.590	1.130.736	6,19	73,15
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	01745	3.110	665.956	2,54	75,69
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.867	104.539	1,52	77,21
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.864	125.672	1,52	78,73
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.549	8.093	1,26	79,99
Selective Phototherapie	30430	1.475	81.089	1,20	81,20
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	1.100	2.611	0,90	82,10
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.044	1.288	0,85	82,95
Kulturelle mykologische Untersuchung	32687	1.010	44.117	0,82	83,77
Zusatzpauschale Onkologie	10345	921	172.894	0,75	84,52
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	899	113.728	0,73	85,26
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	804	75.501	0,66	85,91
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	719	59.650	0,59	86,50
Balneophototherapie	10350	527	209.451	0,43	86,93
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	476	419.143	0,39	87,32
80000+		5.118	13.448	4,18	91,49
Rest		10.430	2.027.273	8,51	100,00
Gesamt		122.570	7.328.627	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 4.1.11 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** 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	634	203.448	37,43	37,43
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	241	297	14,21	51,65
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	01839	62	27.610	3,65	55,30
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	48	253	2,86	58,16
Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732	32882	44	105	2,62	60,78
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11211	44	19.515	2,62	63,40
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	37	19.022	2,17	65,57
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	36	27.451	2,13	67,70
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	11511	35	7.323	2,08	69,78
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	34	40.461	2,02	71,80
Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	11301	33	7.440	1,96	73,77
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	33	815	1,95	75,72
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	33	30.143	1,92	77,64
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	25	13.989	1,49	79,13
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	23	12.944	1,38	80,51
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	15	13.327	0,91	81,42

...

<i>Fortsetzung Tabelle 4.1.11 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017</i>					
Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	40122	15	131	0,91	82,33
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	13	9.671	0,74	83,07
Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	11502	12	8.746	0,74	83,81
Postnatale zytogenetische Untersuchung	01838	11	15.836	0,67	84,48
GOZ > 80000		6	0	0,38	84,86
Sonstige		256	289.404	15,14	100,00
Gesamt		1.693	747.931	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.1.12 Internist

Internist	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	16.527	100.858	9,65	9,65
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	16.111	84.144	9,41	19,06
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	9.131	11.272	5,33	24,39
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	13547	5.729	11.413	3,35	27,74
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	5.251	781.180	3,07	30,81
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	13647	4.284	25.644	2,50	33,31
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.155	925.446	2,43	35,73
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.363	1.269.053	1,96	37,70
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	3.211	2.654.215	1,88	39,57
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.756	432.082	1,61	41,18
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	13397	2.548	5.089	1,49	42,67
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.320	505.709	1,36	44,02
Glucose	32025	2.290	34.795	1,34	45,36
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13641	1.960	411.766	1,14	46,51
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	13227	1.748	15.735	1,02	47,53
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13541	1.579	340.049	0,92	48,45
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13391	1.375	273.055	0,80	49,25
Abdominelle Sonographie	33042	1.334	209.255	0,78	50,03
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	1.304	5.929.751	0,76	50,79
Mechanisierter vollständiger Blutstatus	32122	1.236	12.913	0,72	51,51
GOZ > 80000		13.285	510.218	7,76	59,27
Sonstige		69.738	12.412.712	40,73	100,00
Gesamt		171.233	26.956.354	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 4.1.13 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.333	434.455	16,52	16,52
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.087	181.577	10,35	26,87
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.595	141.814	7,91	34,78
Testverfahren, psychometrische	35301	1.476	41.343	7,32	42,10
Testverfahren, psychometrische	35601	1.349	37.774	6,69	48,79
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	955	1.785	4,74	53,52
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	14217	853	1.705	4,23	57,75
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	834	219.859	4,13	61,89
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	818	68.481	4,06	65,94
Zuschlag zur GOP 14214	14216	795	18.292	3,94	69,89
Testverfahren, standardisierte	35300	686	19.211	3,40	73,29
Testverfahren, standardisierte	35600	671	18.796	3,33	76,61
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	541	22.165	2,68	79,29
Psychiatrische Betreuung	14240	481	95.214	2,38	81,68
Verfahren, projektive	35302	302	13.912	1,50	83,18
Verfahren, projektive	35602	284	13.058	1,41	84,59
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	224	277	1,11	85,70
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	129	671	0,64	86,33
Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	30300	124	10.763	0,61	86,95
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	109	45.762	0,54	87,49
GOZ > 80000		1.921	929.225	9,52	97,01
Sonstige		603	171.355	2,99	100,00
Gesamt		20.171	2.487.493	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 Kinderarzt

Kinderarzt	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	22.595	95.693	16,41	16,41
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	04040	21.064	3.163.480	15,30	31,71
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	04002	12.430	2.145.065	9,03	40,74
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	04001	8.708	2.342.567	6,33	47,07
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	04230	8.504	667.970	6,18	53,24
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04220	4.425	574.558	3,21	56,46
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	04222	4.424	44.172	3,21	59,67
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04221	2.781	111.111	2,02	61,69
Orientierende Untersuchung	32030	1.920	9.115	1,39	63,09
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	04355	1.870	265.043	1,36	64,45
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	04354	1.704	122.542	1,24	65,68
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.411	7.372	1,03	66,71
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.376	1.699	1,00	67,71
Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen	32152	1.038	25.145	0,75	68,46
Testverfahren, standardisierte	35300	994	27.801	0,72	69,18
Testverfahren, standardisierte	35600	989	27.659	0,72	69,90
Notfallpauschale	01212	932	181.585	0,68	70,58
Testverfahren, psychometrische	35301	910	25.465	0,66	71,24
Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	01435	885	77.819	0,64	71,88
Testverfahren, psychometrische	35601	829	23.199	0,60	72,48
GOZ > 80000		18.946	83.029	13,76	86,25
Sonstige		18.935	3.483.562	13,75	100,00
Gesamt		137.670	13.505.653	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 4.1.15 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Laboratoriumsmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	26.611	126.358	5,66	5,66
Gamma-GT	32071	26.090	61.942	5,55	11,22
GPT	32070	21.420	50.854	4,56	15,78
Harnsäure	32064	19.278	45.770	4,10	19,88
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.092	45.329	4,06	23,94
Glukose	32057	19.074	45.286	4,06	28,00
Kalium	32081	18.773	44.570	4,00	32,00
TSH	32101	17.520	499.142	3,73	35,73
GOT	32069	16.809	39.908	3,58	39,30
Cholesterin gesamt	32060	16.548	39.289	3,52	42,83
Triglyceride	32063	16.124	38.281	3,43	46,26
Kreatinin, enzymatisch	32067	14.733	55.964	3,14	49,39
LDL-Cholesterin	32062	13.882	32.958	2,95	52,35
Natrium	32083	13.728	32.592	2,92	55,27
HbA1, HbA1c	32094	13.685	519.831	2,91	58,18
HDL-Cholesterin	32061	13.402	31.818	2,85	61,04
Alkalische Phosphatase	32068	11.715	27.813	2,49	63,53
Calcium	32082	11.168	26.516	2,38	65,91
CRP	32128	9.538	104.164	2,03	67,94
Harnstoff	32065	8.839	20.986	1,88	69,82
GOZ > 80000		82	0	0,02	69,84
Sonstige		141.723	2.437.238	30,16	100,00
Gesamt		469.835	4.326.610	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.1.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	15211	250	28.604	11,37	11,37
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	206	1.077	9,37	20,74
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	165	17.658	7,51	28,24
Postoperative Überwachung 4	31504	104	77.642	4,75	32,99
Postoperative Überwachung 3	31503	94	48.294	4,28	37,27
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	31644	65	5.230	2,93	40,20
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	62	89.800	2,83	43,03
Panoramashichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	34211	57	4.226	2,60	45,63
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	53	9.229	2,42	48,06
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	52	109.456	2,37	50,43
Postoperative Überwachung 2	31502	51	13.279	2,34	52,76
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	44	54	2,00	54,77
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	42	37.119	1,91	56,68
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	40	18.163	1,84	58,51
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	38	54.282	1,71	60,23
Zusatzpauschale Onkologie	15345	36	6.613	1,66	61,89
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	35	0	1,60	63,48
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	33	15.388	1,51	64,99
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	31646	32	5.576	1,46	66,46
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	32	65.955	1,46	67,92
GOZ > 80000		190	5	8,61	76,53
Sonstige		517	216.196	23,47	100,00
Gesamt		2.201	823.844	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)

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	4.162	5.363	11,75	11,75
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	4.044	152.556	11,41	23,16
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	3.910	23.441	11,04	34,20
Zuschlag zur GOP 21225	21226	3.745	37.424	10,57	44,77
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.434	431.064	9,69	54,46
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.993	543.751	5,63	60,09
Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	21214	1.918	515.466	5,41	65,50
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.528	7.974	4,31	69,81
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.148	95.228	3,24	73,05
Zuschlag Fremdanamnese	21216	635	95.147	1,79	74,85
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	540	161.201	1,52	76,37
Besuch eines weiteren Kranken	01413	471	47.617	1,33	77,70
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	461	137.696	1,30	79,00
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	438	540	1,24	80,24
Verwaltungskomplex	01430	368	4.412	1,04	81,27
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	366	67.369	1,03	82,31
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	294	110.183	0,83	83,14
EEG	16310	236	59.203	0,67	83,80
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	215	80.696	0,61	84,41
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	177	34.827	0,50	84,91
GOZ > 80000		2.684	2.037	7,58	92,49
Sonstige		2.662	466.623	7,51	100,00
Gesamt		35.429	3.079.818	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

4.1.18 Neurochirurgie

Tabelle 4.1.18 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Neurochirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	339	2.036	11,77	11,77
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	250	9.560	8,66	20,43
Zuschlag zur GOP 16215	16217	235	2.352	8,16	28,59
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	211	18.685	7,31	35,90
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	208	1.084	7,20	43,10
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	181	43.201	6,30	49,40
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	178	143	6,18	55,58
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	161	38.685	5,59	61,17
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	136	168	4,73	65,90
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	127	19.072	4,41	70,31
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	65	43.955	2,27	72,58
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	54	37.238	1,88	74,46
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	42	7.734	1,45	75,92
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	40	12.091	1,40	77,32
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	35	13.145	1,22	78,53
Visite auf der Belegstation, je Patient	01414	33	2.855	1,14	79,67
Durchleuchtung(en)	34280	32	3.028	1,12	80,79
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	28	5.227	0,99	81,78
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	26	38.267	0,90	82,67
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	26	4.324	0,90	83,57
GOZ > 80000		132	3	4,57	88,14
Sonstige		342	108.293	11,86	100,00
Gesamt		2.883	411.147	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

Neurologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	2.364	1.726	10,96	10,96
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	2.306	13.833	10,69	21,65
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.105	81.151	9,76	31,40
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.071	20.706	9,60	41,00
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.785	156.163	8,27	49,28
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.588	8.297	7,36	56,64
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.228	290.357	5,69	62,34
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	1.077	253.352	4,99	67,33
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	783	233.996	3,63	70,95
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	572	706	2,65	73,61
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	443	81.568	2,05	75,66
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	311	116.765	1,44	77,11
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	214	24.148	0,99	78,10
EEG	16310	207	51.877	0,96	79,05
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	205	27.917	0,95	80,01
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	174	45.864	0,81	80,81
Verwaltungskomplex	01430	171	2.046	0,79	81,61
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	161	25.668	0,75	82,35
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	158	23.751	0,73	83,09
Besuch eines weiteren Kranken	01413	151	15.168	0,70	83,79
GOZ > 80000		1.021	364	4,73	88,52
Sonstige		2.477	427.623	11,48	100,00
Gesamt		21.572	1.903.048	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

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag I	35251	1.252	50.363	10,80	10,80
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.194	127.470	10,30	21,10
Zuschlag Einzeltherapie	35571	925	39.420	7,97	29,07
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	716	301.531	6,18	35,25
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	663	190.310	5,72	40,97
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	399	8.343	3,44	44,40
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	392	329.413	3,38	47,78
Testverfahren, standardisierte	35300	378	10.589	3,26	51,05
Testverfahren, standardisierte	35600	373	10.456	3,22	54,27
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	348	292.549	3,00	57,27
Probatorische Sitzung	35150	346	214.734	2,98	60,25
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	309	260.264	2,67	62,92
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	271	228.180	2,34	65,26
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	255	214.075	2,20	67,46
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	252	15	2,18	69,63
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	242	203.116	2,08	71,71
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	217	182.440	1,87	73,59
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	207	174.137	1,79	75,37
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	205	172.474	1,77	77,14
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	203	251	1,75	78,90
GOZ > 80000		180	126	1,55	80,45
Sonstige		2.267	570.921	19,55	100,00
Gesamt		11.594	3.581.179	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

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.264	242.804	12,50	12,50
Zuschlag I	35251	2.142	90.369	11,82	24,31
Zuschlag Einzeltherapie	35571	1.813	82.624	10,01	34,32
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	1.050	126.801	5,79	40,11
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	959	805.916	5,29	45,40
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	786	330.942	4,34	49,74
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	739	620.830	4,08	53,82
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	738	620.225	4,07	57,89
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	725	609.425	4,00	61,89
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	691	581.083	3,81	65,70
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	564	12.768	3,11	68,82
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	508	10	2,80	71,62
Probatorische Sitzung	35150	475	294.675	2,62	74,24
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	420	353.539	2,32	76,56
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	382	63.045	2,11	78,67
Zuschlag zur GOP 23216	23218	366	16.665	2,02	80,69
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	349	293.212	1,92	82,61
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	268	112.832	1,48	84,09
Zuschlag IV	35254	241	4.741	1,33	85,42
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	239	295	1,32	86,74
GOZ > 80000		300	62	1,65	88,39
Sonstige		2.103	559.910	11,61	100,00
Gesamt		18.122	5.822.776	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

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	3.878	416.478	12,70	12,70
Zuschlag I	35251	2.871	116.566	9,40	22,10
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.492	111.379	8,16	30,26
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	2.207	1.855.823	7,23	37,49
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	2.037	246.219	6,67	44,16
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.575	662.713	5,16	49,31
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	1.270	1.067.718	4,16	53,47
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	1.238	1.040.551	4,05	57,53
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	1.123	944.352	3,68	61,20
Testverfahren, standardisierte	35600	1.090	30.505	3,57	64,77
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	1.074	23.807	3,52	68,29
Testverfahren, standardisierte	35300	1.063	29.751	3,48	71,77
Probatorische Sitzung	35150	926	575.140	3,03	74,80
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	914	29	2,99	77,79
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	806	677.643	2,64	80,43
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	734	121.743	2,40	82,84
Zuschlag zur GOP 23216	23218	709	32.299	2,32	85,16
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	493	608	1,61	86,77
Zuschlag IV	35254	460	9.063	1,51	88,28
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	390	164.272	1,28	89,56
GOZ > 80000		739	403	2,42	91,98
Sonstige		2.450	506.278	8,02	100,00
Gesamt		30.538	8.633.342	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 4.1.23 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Nuklearmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	1.000	5.224	10,62	10,62
Konsiliarpauschale	17210	943	87.829	10,02	20,64
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	803	2.018	8,52	29,16
TSH	32101	653	18.600	6,93	36,09
Schilddrüsen – Sonographie	33012	620	52.682	6,58	42,68
FT4	32320	611	21.471	6,49	49,16
FT3	32321	609	21.390	6,46	55,63
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	483	34.392	5,13	60,76
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	336	32.849	3,57	64,32
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	331	408	3,51	67,83
Thyreoglobulin	32420	318	52.521	3,38	71,21
Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	290	25.242	3,08	74,29
99mTc-Pertechnetat (Schilddrüse)	40500	222	3.157	2,35	76,64
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	212	85.726	2,25	78,89
Calcitonin	32410	201	28.450	2,13	81,03
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	195	203.586	2,07	83,09
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	12225	134	673	1,43	84,52
99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	40520	120	86.280	1,27	85,79
Vitamin D	32413	105	18.365	1,12	86,91
Parathormon intakt	32411	103	14.503	1,10	88,00
GOZ > 80000		33	153	0,35	88,35
Sonstige		1.097	498.024	11,65	100,00
Gesamt		9.417	1.293.546	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

Orthopädie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	19.576	27.557	12,65	12,65
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	19.309	38.586	12,48	25,13
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	17.008	517.814	10,99	36,12
Zuschlag zur GOP 18220	18222	16.329	130.554	10,55	46,67
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	10.749	2.052.120	6,95	53,61
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.276	1.819.090	5,35	58,96
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	6.417	33.519	4,15	63,11
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.636	778.130	3,00	66,10
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.554	323.116	2,94	69,05
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	4.476	948.045	2,89	71,94
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	3.848	4.750	2,49	74,42
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.381	179.017	2,18	76,61
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.711	587.648	1,75	78,36
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	2.161	325.818	1,40	79,76
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.808	189.459	1,17	80,92
Wärmetherapie	02510	1.801	34.220	1,16	82,09
Abdrücke und Modelle I	31941	1.740	99.103	1,12	83,21
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.704	136.230	1,10	84,31
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.311	138.186	0,85	85,16
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	1.253	96.739	0,81	85,97
GOZ > 80000		7.185	274	4,64	90,61
Sonstige		14.527	2.522.881	9,39	100,00
Gesamt		154.760	10.982.860	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

Pathologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	11.731	973.560	27,98	27,98
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	10.834	552.387	25,84	53,82
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	9.371	231.388	22,35	76,17
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	3.690	273.063	8,80	84,97
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.689	411.953	4,03	89,00
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.185	1.463	2,83	91,83
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	756	43.864	1,80	93,63
Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	19315	252	20.894	0,60	94,23
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	214	23.338	0,51	94,74
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	01743	120	15.670	0,29	95,03
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	107	37.890	0,25	95,28
Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	01826	71	4.118	0,17	95,45
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	56	293	0,13	95,59
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	52	10.930	0,12	95,71
Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	19322	44	23.353	0,11	95,82
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	12225	39	193	0,09	95,91
Nachweis von HPV-DNA und/oder mRNA aus einem Zervix-/Vaginalmaterial	32820	29	7.820	0,07	95,98
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19421	29	6.140	0,07	96,05
Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	19401	27	3.898	0,06	96,11
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	01701	27	133	0,06	96,18
GOZ > 80000	80000+	1.168	159	2,79	98,96
Sonstige	Rest	436	143.199	1,04	100,00
Gesamt	Gesamt	41.927	2.785.708	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

4.1.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	289	279	10,24	10,24
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	20227	229	458	8,11	18,35
Zuschlag für die phoniatisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	159	4.295	5,63	23,99
Zuschlag zur GOP 20220	20222	156	1.091	5,52	29,50
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	20211	129	27.326	4,56	34,06
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	124	647	4,39	38,45
Tonschwellenaudiometrie	20320	120	17.617	4,24	42,70
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	98	12.998	3,46	46,16
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	91	10.898	3,22	49,38
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	85	11.848	3,00	52,37
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	09227	78	157	2,77	55,15
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	75	2.016	2,65	57,79
Zuschlag zur GOP 09220	09222	74	521	2,63	60,43
Lupenlaryngoskopie	20310	66	5.042	2,35	62,78
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	62	18.178	2,20	64,98
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20336	59	9.854	2,08	67,06
Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	20360	56	8.070	2,00	69,06
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20210	56	17.459	1,99	71,05
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	20323	50	3.894	1,77	72,81
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	49	61	1,74	74,56
GOZ > 80000		59	40	2,10	76,65
Sonstige		659	99.121	23,35	100,00
Gesamt		2.823	251.869	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

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	858	1.419	14,21	14,21
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	27227	816	1.631	13,51	27,71
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	27211	450	105.867	7,45	35,16
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	359	89.405	5,95	41,11
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	275	19.539	4,56	45,67
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	267	17.227	4,42	50,09
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	265	56.256	4,40	54,48
Zuschlag zur GOP 27220	27222	263	4.470	4,36	58,84
Ganzkörperstatus	27310	220	24.818	3,64	62,47
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	214	91.175	3,54	66,02
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	199	246	3,30	69,32
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	149	778	2,47	71,78
Wärmetherapie	02510	136	2.580	2,25	74,03
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	123	8.517	2,04	76,08
Massagetherapie	30400	119	8.832	1,98	78,05
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	114	7.393	1,88	79,94
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	80	4.250	1,33	81,27
Elektrotherapie	02511	73	806	1,21	82,48
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	60	5.679	1,00	83,48
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	46	7.066	0,77	84,25
GOZ > 80000		217	218	3,60	87,85
Sonstige		734	131.922	12,15	100,00
Gesamt		6.037	590.094	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

Psychiatrie und Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	4.046	534.024	17,01	17,01
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	2.416	3.845	10,16	27,17
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	21227	2.205	13.228	9,27	36,44
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.162	93.446	9,09	45,54
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.101	25.207	8,84	54,37
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	21211	1.407	279.119	5,92	60,29
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	798	161.509	3,36	63,65
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	01950	659	26.362	2,77	66,42
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	549	2.868	2,31	68,73
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	446	133.276	1,87	70,60
Zuschlag Fremdanamnese	21216	397	59.493	1,67	72,27
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	359	134.587	1,51	73,78
Besuch eines weiteren Kranken	01413	303	31.589	1,28	75,05
Zuschlag Wochenende, Feiertage	01951	200	16.598	0,84	75,89
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	175	35.660	0,73	76,63
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	169	208	0,71	77,34
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	131	55.277	0,55	77,89
Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	21217	121	3.384	0,51	78,40
Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	21232	109	21.584	0,46	78,86
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	105	630	0,44	79,30
GOZ > 80000		2.429	65	10,21	89,51
Sonstige		2.494	517.626	10,49	100,00
Gesamt		23.780	2.149.582	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 4.1.29 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Psychotherapeutische Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag I	35251	1.290	50.475	9,02	9,02
Zuschlag Einzeltherapie	35571	1.067	46.827	7,47	16,49
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	982	105.285	6,87	23,36
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	777	83.718	5,44	28,79
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	707	358	4,94	33,74
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	707	594.265	4,94	38,68
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	620	261.173	4,34	43,02
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	487	58.541	3,41	46,43
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	22219	449	898	3,14	49,57
Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	35573	429	9.296	3,00	52,57
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	427	359.162	2,99	55,56
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	404	340.136	2,83	58,39
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	22211	371	66.512	2,59	60,98
Probatorische Sitzung	35150	351	217.988	2,46	63,44
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	320	268.875	2,24	65,67
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	292	245.211	2,04	67,71
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	272	228.641	1,90	69,61
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	259	217.888	1,81	71,43
Psychosomatik (Einzelbehandlung)	22221	207	18.465	1,45	72,87
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	187	30.953	1,31	74,18
GOZ > 80000		551	1.297	3,86	78,04
Sonstige		3.140	738.892	21,96	100,00
Gesamt		14.296	3.944.857	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

Radiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	6.168	32.212	20,78	20,78
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.167	150.607	10,67	31,45
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.621	150.141	8,83	40,28
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	2.485	4.673	8,37	48,65
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.709	2.111	5,76	54,41
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	948	1.148.279	3,19	57,60
Mammographie	34270	920	243.542	3,10	60,70
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	890	1.078.777	3,00	63,70
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	726	108.575	2,45	66,15
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	01752	653	16.683	2,20	68,35
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	594	264.679	2,00	70,35
Wegepauschale	40852	589	2.852	1,98	72,33
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	506	52.521	1,71	74,04
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	469	35.640	1,58	75,62
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	458	555.310	1,54	77,16
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	382	56.488	1,29	78,45
Mamma - Sonographie	33041	361	59.109	1,22	79,67
CT-Untersuchung des Thorax	34330	346	227.946	1,16	80,83
Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40104	343	16.608	1,16	81,99
Aufnahmen der Extremitäten	34233	341	35.143	1,15	83,13
GOZ > 80000		510	45	1,72	84,85
Sonstige		4.496	2.180.398	15,15	100,00
Gesamt		29.681	6.422.338	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

Sonstige Leistungserbringer	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	11.693	9.501	10,23	10,23
Notfallpauschale	01212	9.386	1.830.180	8,21	18,43
Notfallpauschale	01210	4.659	567.615	4,07	22,51
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.011	15.725	2,63	25,14
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.524	376.038	2,21	27,35
Kalium	32081	1.944	4.615	1,70	29,05
Natrium	32083	1.898	4.506	1,66	30,71
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	1.782	4.231	1,56	32,27
Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	1.641	7.792	1,44	33,70
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.635	171.931	1,43	35,13
Glukose	32057	1.580	3.751	1,38	36,51
GPT	32070	1.570	3.727	1,37	37,89
Gamma-GT	32071	1.412	3.352	1,23	39,12
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	01950	1.296	51.874	1,13	40,25
GOT	32069	1.266	3.006	1,11	41,36
Quick-Wert, Plasma	32113	1.229	7.001	1,07	42,44
PTT	32112	1.227	6.990	1,07	43,51
Calcium	32082	1.221	2.900	1,07	44,58
TSH	32101	1.132	32.247	0,99	45,57
Orientierende Untersuchung	32030	1.122	5.326	0,98	46,55
GOZ > 80000		13.616	108	11,91	58,45
Sonstige		47.505	8.563.994	41,55	100,00
Gesamt		114.346	11.676.408	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 4.1.32 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Strahlentherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	1.872	664.443	21,74	21,74
3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	25323	1.853	176.016	21,52	43,27
Zuschlag Bestrahlungsfelder	25322	1.755	114.060	20,39	63,65
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	814	1.082.313	9,45	73,10
Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösaartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	25320	477	126.520	5,54	78,65
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	431	532	5,00	83,65
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	410	2.139	4,76	88,41
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	232	1.537	2,69	91,10
Bestrahlungsplanung III	25342	110	274.335	1,28	92,38
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	91	11.480	1,06	93,43
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	88	27.125	1,03	94,46
Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	25211	84	56.562	0,97	95,43
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	77	29.941	0,90	96,33
Bestrahlungsplanung II	25341	63	106.487	0,74	97,07
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	62	6.043	0,72	97,79
Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)	40122	13	113	0,15	97,94
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	40841	12	3.536	0,14	98,09
Bestrahlungsplanung I	25340	12	4.603	0,14	98,23
Visite auf der Belegstation, je Patient	01414	6	532	0,07	98,30
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	34240	5	299	0,06	98,36
GOZ > 80000		89	2.526	1,03	99,39
Sonstige		53	15.631	0,61	100,00
Gesamt		8.611	2.706.775	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 4.1.33 Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2017					
Urologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	26227	10.941	21.865	10,18	10,18
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	9.389	113.819	8,74	18,92
Orientierende Untersuchung	32030	7.880	37.406	7,34	26,26
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.404	253.434	6,89	33,15
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.356	1.526.557	6,85	40,00
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.078	63.686	6,59	46,59
Uro-Genital-Sonographie	33043	6.065	526.566	5,65	52,23
Harn-Mikroskopie	32031	5.669	13.455	5,28	57,51
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26211	3.568	622.965	3,32	60,83
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	3.437	17.950	3,20	64,03
Urinuntersuchung	32720	2.768	144.511	2,58	66,61
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	01731	2.382	340.398	2,22	68,82
Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	32151	2.276	24.859	2,12	70,94
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	2.008	4.768	1,87	72,81
Kopie, EDV-technische Abschrift	40144	1.828	2.257	1,70	74,51
Abdominelle Sonographie	33042	1.043	163.445	0,97	75,49
Empfindlichkeitsprüfung I	32766	868	44.476	0,81	76,29
Leukozytenzählung	32036	866	2.056	0,81	77,10
Erythrozytenzählung	32035	863	2.049	0,80	77,90
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	786	65.702	0,73	78,63
GOZ > 80000		7.400	292.497	6,89	85,52
Sonstige		15.553	1.550.388	14,48	100,00
Gesamt		107.427	5.835.108	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOZs in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.2 Umsatzstärkste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen

4.2.1 Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	161.364	23.863.927	24,09	24,09
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	93.314	12.128.385	12,24	36,33
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	72.535	9.785.751	9,88	46,21
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	51.905	8.983.929	9,07	55,28
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	03005	28.396	6.567.964	6,63	61,91
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	90.341	6.230.381	6,29	68,20
Gesundheitsuntersuchung	01732	10.112	3.057.591	3,09	71,28
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03221	69.910	2.795.687	2,82	74,10
Besuch	01410	10.477	2.210.739	2,23	76,34
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	03362	13.329	2.083.223	2,10	78,44
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	10.846	1.647.343	1,66	80,10
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	142.990	1.476.083	1,49	81,59
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	03002	8.172	1.357.723	1,37	82,96
Besuch eines weiteren Kranken	01413	9.869	1.020.639	1,03	83,99
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	6.559	996.197	1,01	85,00
Abdominelle Sonographie	33042	5.749	902.301	0,91	85,91
Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	01415	1.624	860.338	0,87	86,78
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	03222	80.717	806.741	0,81	87,59
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03360	6.503	793.157	0,80	88,39
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	01746	3.683	626.017	0,63	89,02
GOZ \geq 80000		211.656	69.324	0,07	89,09
Sonstige		307.524	10.804.391	10,91	100,00
Gesamt		1.397.573	99.067.829	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent					
Quelle: GKV-Frequenzstatistik					

WIdO 2019

4.2.2 Anästhesiologie

Anästhesiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Anästhesie oder Narkose 2	31822	350	439.272	10,85	10,85
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	464	327.879	8,10	18,94
Postoperative Überwachung 3	31503	508	260.713	6,44	25,38
Anästhesie oder Narkose 3	31823	154	248.946	6,15	31,52
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	440	212.894	5,26	36,78
Anästhesie oder Kurznarkose	05330	235	185.155	4,57	41,35
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	1.009	179.724	4,44	45,79
Anästhesie oder Narkose 4	31824	92	168.534	4,16	49,95
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	510	167.879	4,14	54,10
Anästhesie oder Kurznarkose 1	31821	154	149.528	3,69	57,79
Anästhesie oder Narkose 5	31825	57	136.801	3,38	61,16
Zuschlag weitere 15 Minuten	05331	530	131.392	3,24	64,41
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	05211	1.018	101.273	2,50	66,91
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	337	97.984	2,42	69,33
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	05212	838	97.621	2,41	71,74
Beobachtung und Betreuung	05350	193	93.875	2,32	74,06
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	719	84.527	2,09	76,14
Postoperative Überwachung 5	31505	65	74.252	1,83	77,98
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	05230	1.282	72.988	1,80	79,78
Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	31828	242	70.278	1,74	81,51
GOZ \geq 80000		3.807	767	0,02	81,53
Sonstige		9.504	747.990	18,47	100,00
Gesamt		22.509	4.050.274	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
 ** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.3 Augenheilkunde

Augenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	06212	15.215	2.393.952	19,57	19,57
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	06225	22.616	2.321.590	18,98	38,55
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	365	1.478.518	12,09	50,64
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	06211	9.688	1.292.917	10,57	61,21
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	06333	16.440	838.043	6,85	68,06
Perimetrie	06330	4.636	648.742	5,30	73,37
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	06220	25.490	523.999	4,28	77,65
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	06321	2.006	360.936	2,95	80,60
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	31341	465	356.128	2,91	83,51
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	31371	160	259.201	2,12	85,63
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	31372	156	252.932	2,07	87,70
Zuschlag zur GOP 06220	06222	24.435	146.562	1,20	88,90
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	06210	819	133.417	1,09	89,99
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320	540	114.400	0,94	90,93
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	31718	307	106.398	0,87	91,79
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	31342	83	97.697	0,80	92,59
Postoperative Überwachung 3	31503	190	97.331	0,80	93,39
Postoperative Überwachung 1	31501	499	71.253	0,58	93,97
Fluoreszenzangiographie	06331	146	63.853	0,52	94,49
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	31719	204	58.409	0,48	94,97
GOZ \geq 80000		11.108	136	0,00	94,97
Sonstige		46.875	614.910	5,03	100,00
Gesamt		182.445	12.231.326	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.4 Chirurgie

Chirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	07211	5.121	1.181.464	18,00	18,00
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	07212	2.929	778.349	11,86	29,86
Eingriff der Kategorie C2	31122	151	232.049	3,54	33,40
Postoperative Überwachung 3	31503	413	211.574	3,22	36,62
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	224	197.567	3,01	39,63
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	07311	907	196.823	3,00	42,63
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	132	189.778	2,89	45,53
Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	728	189.100	2,88	48,41
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	07220	5.978	187.463	2,86	51,26
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	926	147.169	2,24	53,51
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	31132	59	115.252	1,76	55,26
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.098	114.956	1,75	57,01
Phlebologischer Basiskomplex	30500	588	96.449	1,47	58,48
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	58	85.931	1,31	59,79
Aufnahmen der Extremitäten	34233	773	80.624	1,23	61,02
Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	31204	24	72.490	1,10	62,13
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	40	71.204	1,09	63,21
Postoperative Überwachung 5	31505	66	67.769	1,03	64,24
Postoperative Überwachung 2	31502	259	66.755	1,02	65,26
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	683	58.003	0,88	66,15
GOZ \geq 80000		3.903	887	0,01	66,16
Sonstige		37.948	2.220.773	33,84	100,00
Gesamt		63.008	6.562.429	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

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

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	523	2.375.412	5,67	5,67
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	1.065	1.415.714	3,38	9,05
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	2.466	875.069	2,09	11,14
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	5.251	763.745	1,82	12,96
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	510	618.613	1,48	14,44
CRP	32460	12.226	563.850	1,35	15,79
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	464	563.031	1,34	17,13
Vitamin D	32413	2.882	497.515	1,19	18,32
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	19.879	490.845	1,17	19,49
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	822	397.248	0,95	20,44
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	1.077	388.920	0,93	21,37
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	2.908	377.968	0,90	22,27
TSH	32101	13.001	370.395	0,88	23,15
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	434	359.955	0,86	24,01
Bestrahlungsplanung III	25342	137	342.293	0,82	24,83
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	181	319.769	0,76	25,59
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	07211	1.399	314.860	0,75	26,35
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	1.870	310.373	0,74	27,09
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	42.803	308.707	0,74	27,82
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	1.661	307.832	0,73	28,56
GOZ \geq 80000		20.064	339.099	0,81	29,37
Sonstige		606.522	29.583.376	70,63	100,00
Gesamt		738.146	41.884.588	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.6 Fachwissenschaftler

Fachwissenschaftler	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	326	24.121	21,25	21,25
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	414	10.227	9,01	30,26
Vitamine	32306	37	7.752	6,83	37,09
CRP	32460	97	4.524	3,99	41,07
HbA1, HbA1c	32094	114	4.348	3,83	44,90
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	8	3.789	3,34	48,24
TSH	32101	119	3.397	2,99	51,24
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	42	2.851	2,51	53,75
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	47	2.744	2,42	56,16
Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	32097	10	1.857	1,64	57,80
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	336	1.753	1,54	59,34
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	338	1.678	1,48	60,82
Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	32416	7	1.651	1,45	62,28
ft4	32320	41	1.442	1,27	63,55
Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	01826	24	1.391	1,23	64,77
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	2	1.294	1,14	65,91
Cystatin C	32463	14	1.249	1,10	67,01
ft3	32321	34	1.210	1,07	68,08
Albumin	32435	37	1.203	1,06	69,14
Ferritin	32325	28	1.126	0,99	70,13
GOZ \geq 80000		217	0	0,00	70,13
Sonstige		2.579	33.906	29,87	100,00
Gesamt		4.873	113.512	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.2.7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	08211	27.349	4.124.324	19,30	19,30
Betreuung einer Schwangeren	01770	2.776	3.033.101	14,19	33,49
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung bei der Frau	01730	13.736	2.471.553	11,57	45,06
Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	01822	17.617	1.989.629	9,31	54,37
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	08212	6.342	966.893	4,52	58,89
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.804	955.785	4,47	63,37
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	08220	32.759	774.411	3,62	66,99
Weiterführende Sonographie I	01772	1.603	611.921	2,86	69,86
CTG	01786	3.899	454.322	2,13	71,98
Weiterführende Dopplersonographie II	01775	895	421.981	1,97	73,96
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	5.348	395.730	1,85	75,81
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	2.047	310.785	1,45	77,26
Weiterführende Sonographie II	01773	493	293.285	1,37	78,63
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	31.103	286.749	1,34	79,98
Scheidensekret- Mikroskopie	01827	10.470	282.566	1,32	81,30
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	01771	557	244.982	1,15	82,45
Mamma - Sonographie	33041	1.386	227.866	1,07	83,51
Weiterführende Dopplersonographie I	01774	271	214.640	1,00	84,52
Zusatzpauschale Onkologie	08345	1.067	203.673	0,95	85,47
Zuschlag zur GOP 08220	08222	31.694	190.070	0,89	86,36
GOZ \geq 80000		9.257	87.246	0,41	86,77
Sonstige		124.387	2.827.903	13,23	100,00
Gesamt		331.859	21.369.415	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					

WiDO 2019

4.2.8 Gemeinschaftspraxen (fachungleich)

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	1.161	1.408.741	3,79	3,79
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	1.085	1.316.588	3,55	7,34
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	2.214	1.133.553	3,05	10,39
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	7.511	1.110.651	2,99	13,39
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	571	693.172	1,87	15,25
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	150	683.951	1,84	17,09
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	4.054	526.600	1,42	18,51
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.723	495.813	1,34	19,85
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	597	493.843	1,33	21,18
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	266	468.940	1,26	22,44
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	2.466	451.644	1,22	23,66
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	2.651	430.359	1,16	24,82
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	3.148	397.795	1,07	25,89
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	277	368.099	0,99	26,88
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	07211	1.645	367.337	0,99	27,87
MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	34451	298	361.917	0,97	28,84
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	1.592	336.686	0,91	29,75
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	735	327.965	0,88	30,63
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	1.092	326.189	0,88	31,51
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	03005	1.468	318.607	0,86	32,37
GOZ \geq 80000		26.433	418.226	1,13	33,50
Sonstige		337.549	24.690.438	66,50	100,00
Gesamt		400.688	37.127.115	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.9 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	09211	10.015	2.068.661	24,24	24,24
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	7.427	1.583.970	18,56	42,80
Tonschwellenaudiometrie	09320	3.459	508.137	5,95	48,75
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	18.069	481.421	5,64	54,39
Lupenlaryngoskopie	09311	5.732	435.210	5,10	59,49
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	09323	3.117	242.809	2,85	62,34
Allergologiediagnostik II	30111	524	237.625	2,78	65,12
Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	09372	478	224.105	2,63	67,75
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	09210	864	217.389	2,55	70,30
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09361	1.344	173.241	2,03	72,33
Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	09374	497	172.125	2,02	74,34
Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	09325	471	123.240	1,44	75,79
Zuschlag zur GOP 09220	09222	17.507	122.544	1,44	77,22
Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	09373	251	100.446	1,18	78,40
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.068	100.258	1,17	79,58
Nasennebenhöhlen - Sonographie	33010	1.631	97.647	1,14	80,72
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	158	92.901	1,09	81,81
Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	31232	54	86.601	1,01	82,82
Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	09343	546	84.020	0,98	83,81
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	09324	664	79.598	0,93	84,74
GOZ \geq 80000		3.902	1.676	0,02	84,76
Sonstige		47.940	1.300.680	15,24	100,00
Gesamt		125.718	8.534.305	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.10 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	10211	11.230	1.644.548	22,44	22,44
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.590	1.130.736	15,43	37,87
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	01745	3.110	665.956	9,09	46,96
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	476	419.143	5,72	52,68
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	273	392.910	5,36	58,04
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	16.642	295.482	4,03	62,07
Balneophototherapie	10350	527	209.451	2,86	64,93
Allergologiediagnostik II	30111	390	176.971	2,41	67,34
Zusatzpauschale Onkologie	10345	921	172.894	2,36	69,70
Postoperative Überwachung 3	31503	282	144.683	1,97	71,67
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.864	125.672	1,71	73,39
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	899	113.728	1,55	74,94
Postoperative Überwachung 2	31502	423	109.026	1,49	76,43
Allergologiediagnostik I	30110	174	107.832	1,47	77,90
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.867	104.539	1,43	79,33
Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10342	409	96.387	1,32	80,64
Selektive Phototherapie	30430	1.475	81.089	1,11	81,75
Zuschlag zur GOP 10220	10222	16.121	80.636	1,10	82,85
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	38	77.018	1,05	83,90
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	804	75.501	1,03	84,93
GOZ \geq 80000		5.118	13.448	0,18	85,11
Sonstige		51.938	1.090.978	14,89	100,00
Gesamt		122.570	7.328.627	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.11 Humangenetik

Humangenetik	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** 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	634	203.448	27,20	27,20
Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC)	11440	3	79.220	10,59	37,79
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	34	40.461	5,41	43,20
Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	01793	7	38.610	5,16	48,37
Postnatale gesamtgenomische Untersuchung auf konstitutionelle Imbalancen	11508	4	31.395	4,20	52,56
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	33	30.143	4,03	56,59
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	01839	62	27.610	3,69	60,28
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	36	27.451	3,67	63,96
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	11211	44	19.515	2,61	66,56
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	37	19.022	2,54	69,11
Cystische Fibrose – vollständige Untersuchung	11352	2	16.918	2,26	71,37
Postnatale zytogenetische Untersuchung	01838	11	15.836	2,12	73,49
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	25	13.989	1,87	75,36
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	15	13.327	1,78	77,14
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	23	12.944	1,73	78,87
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	01792	7	10.247	1,37	80,24
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	13	9.671	1,29	81,53
Noonan-Syndrom – weitere Gene	11356	0	8.920	1,19	82,73
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	0	8.795	1,18	83,90
Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	11502	12	8.746	1,17	85,07
GOZ \geq 80000		6	0	0,00	85,07
Sonstige		684	111.663	14,93	100,00
Gesamt		1.693	747.931	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent					
Quelle: GKV-Frequenzstatistik					
WIdO 2019					

4.2.12 Internist

Internist	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	1.304	5.929.751	22,00	22,00
Zusatzpauschale Kardiologie II	13550	3.211	2.654.215	9,85	31,84
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	852	1.502.706	5,57	37,42
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.363	1.269.053	4,71	42,13
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.155	925.446	3,43	45,56
Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	13400	989	825.204	3,06	48,62
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	5.251	781.180	2,90	51,52
Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	01741	293	570.077	2,11	53,63
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.320	505.709	1,88	55,51
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	138	437.765	1,62	57,13
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.756	432.082	1,60	58,74
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13641	1.960	411.766	1,53	60,26
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	84	402.443	1,49	61,76
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13541	1.579	340.049	1,26	63,02
Zusatzpauschale Kardiologie I	13545	486	328.766	1,22	64,24
Zusatzpauschale Angiologie	13300	520	316.347	1,17	65,41
Praxisklinische Betreuung 2h	01510	617	309.496	1,15	66,56
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	13391	1.375	273.055	1,01	67,57
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	634	259.138	0,96	68,53
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13392	1.174	240.986	0,89	69,43
GOZ \geq 80000		13.285	510.218	1,89	71,32
Sonstige		124.888	7.730.901	28,68	100,00
Gesamt		171.233	26.956.354	100,00	100,00
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet					
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent					
<i>Quelle: GKV-Frequenzstatistik</i>					
WIdO 2019					

4.2.13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie

Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.333	434.455	17,47	17,47
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	834	219.859	8,84	26,30
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.087	181.577	7,30	33,60
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.595	141.814	5,70	39,30
Psychiatrische Betreuung	14240	481	95.214	3,83	43,13
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	818	68.481	2,75	45,89
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	109	45.762	1,84	47,73
Testverfahren, psychometrische	35301	1.476	41.343	1,66	49,39
Testverfahren, psychometrische	35601	1.349	37.774	1,52	50,91
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	541	22.165	0,89	51,80
Testverfahren, standardisierte	35300	686	19.211	0,77	52,57
Testverfahren, standardisierte	35600	671	18.796	0,76	53,32
Probatorische Sitzung	35150	30	18.476	0,74	54,07
Zuschlag zur GOP 14214	14216	795	18.292	0,74	54,80
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	14313	45	16.961	0,68	55,48
Verfahren, projektive	35302	302	13.912	0,56	56,04
Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35300 bis 35302 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	35303	11	13.599	0,55	56,59
Verfahren, projektive	35602	284	13.058	0,52	57,12
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	15	12.700	0,51	57,63
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	14	11.362	0,46	58,08
GOZ \geq 80000		1.921	929.225	37,36	95,44
Sonstige		2.774	113.457	4,56	100,00
Gesamt		20.171	2.487.493	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.14 Kinderarzt

Kinderarzt	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	04040	21.064	3.163.480	23,42	23,42
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	04001	8.708	2.342.567	17,35	40,77
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	04002	12.430	2.145.065	15,88	56,65
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	04230	8.504	667.970	4,95	61,60
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04220	4.425	574.558	4,25	65,85
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	04355	1.870	265.043	1,96	67,81
U3	01713	579	232.217	1,72	69,53
U4	01714	575	230.631	1,71	71,24
U5	01715	572	229.498	1,70	72,94
U6	01716	564	226.222	1,68	74,62
U7	01717	521	209.018	1,55	76,16
U7a	01723	491	197.083	1,46	77,62
Zusatzpauschale Kinderkardiologie	04410	283	192.136	1,42	79,04
U8	01718	460	184.630	1,37	80,41
U9	01719	459	183.998	1,36	81,77
Notfallpauschale	01212	932	181.585	1,34	83,12
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	04354	1.704	122.542	0,91	84,03
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04221	2.781	111.111	0,82	84,85
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	04356	513	99.962	0,74	85,59
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	22.595	95.693	0,71	86,30
GOZ \geq 80000		18.946	83.029	0,61	86,91
Sonstige		28.691	1.767.613	13,09	100,00
Gesamt		137.670	13.505.653	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.15 Laboratoriumsmedizin

Laboratoriumsmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
HbA1, HbA1c	32094	13.685	519.831	12,01	12,01
TSH	32101	17.520	499.142	11,54	23,55
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	26.611	126.358	2,92	26,47
CRP	32460	2.250	104.689	2,42	28,89
CRP	32128	9.538	104.164	2,41	31,30
Mechanisierter vollständiger Blutstatus	32122	8.391	87.656	2,03	33,32
Vitamin D	32413	395	68.997	1,59	34,92
Gamma-GT	32071	26.090	61.942	1,43	36,35
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	8.145	61.710	1,43	37,78
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	2.269	56.032	1,30	39,07
Kreatinin, enzymatisch	32067	14.733	55.964	1,29	40,37
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	610	50.991	1,18	41,54
GPT	32070	21.420	50.854	1,18	42,72
Harnsäure	32064	19.278	45.770	1,06	43,78
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.092	45.329	1,05	44,83
Glukose	32057	19.074	45.286	1,05	45,87
Kalium	32081	18.773	44.570	1,03	46,90
Quick-Wert, Plasma	32113	7.643	43.552	1,01	47,91
Ferritin	32325	1.039	41.423	0,96	48,87
GOT	32069	16.809	39.908	0,92	49,79
GOZ \geq 80000		82	0	0,00	49,79
Sonstige		216.387	2.172.441	50,21	100,00
Gesamt		469.835	4.326.610	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	52	109.456	13,29	13,29
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	62	89.800	10,90	24,19
Postoperative Überwachung 4	31504	104	77.642	9,42	33,61
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	32	65.955	8,01	41,62
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	38	54.282	6,59	48,20
Postoperative Überwachung 3	31503	94	48.294	5,86	54,07
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	31104	16	44.012	5,34	59,41
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	42	37.119	4,51	63,91
Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	31233	14	32.545	3,95	67,87
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	15211	250	28.604	3,47	71,34
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	40	18.163	2,20	73,54
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	165	17.658	2,14	75,69
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	33	15.388	1,87	77,55
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	16	14.098	1,71	79,26
Postoperative Überwachung 2	31502	51	13.279	1,61	80,88
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	31238	24	12.266	1,49	82,36
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	31225	3	11.652	1,41	83,78
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	53	9.229	1,12	84,90
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	31224	2	6.740	0,82	85,72
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	31105	2	6.670	0,81	86,53
GOZ \geq 80000		190	5	0,00	86,53
Sonstige		915	110.990	13,47	100,00
Gesamt		2.201	823.844	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.17 Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.993	543.751	17,66	17,66
Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	21214	1.918	515.466	16,74	34,39
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.434	431.064	14,00	48,39
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	540	161.201	5,23	53,62
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	4.044	152.556	4,95	58,58
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	461	137.696	4,47	63,05
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	294	110.183	3,58	66,62
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.148	95.228	3,09	69,72
Zuschlag Fremdanamnese	21216	635	95.147	3,09	72,81
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	215	80.696	2,62	75,43
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	366	67.369	2,19	77,61
EEG	16310	236	59.203	1,92	79,54
Besuch eines weiteren Kranken	01413	471	47.617	1,55	81,08
Zuschlag zur GOP 21225	21226	3.745	37.424	1,22	82,30
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	140	36.929	1,20	83,50
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	177	34.827	1,13	84,63
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	11	33.862	1,10	85,73
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	30	25.357	0,82	86,55
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	3.910	23.441	0,76	87,31
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	114	22.897	0,74	88,05
GOZ \geq 80000		2.684	2.037	0,07	88,12
Sonstige		8.861	365.868	11,88	100,00
Gesamt		35.429	3.079.818	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.18 Neurochirurgie

Neurochirurgie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	65	43.955	10,69	10,69
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	181	43.201	10,51	21,20
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	161	38.685	9,41	30,61
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	26	38.267	9,31	39,91
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	54	37.238	9,06	48,97
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	127	19.072	4,64	53,61
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	211	18.685	4,54	58,16
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	16	15.914	3,87	62,03
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	35	13.145	3,20	65,22
Postoperative Überwachung 3	31503	24	12.259	2,98	68,20
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	40	12.091	2,94	71,15
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	250	9.560	2,33	73,47
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	42	7.734	1,88	75,35
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	31133	3	7.277	1,77	77,12
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	36137	1	7.265	1,77	78,89
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	36135	1	6.585	1,60	80,49
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	8	6.199	1,51	82,00
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	28	5.227	1,27	83,27
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	17	4.369	1,06	84,33
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	26	4.324	1,05	85,38
GOZ \geq 80000		132	3	0,00	85,38
Sonstige		1.433	60.092	14,62	100,00
Gesamt		2.883	411.147	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.19 Neurologie

Neurologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.228	290.357	15,26	15,26
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	16211	1.077	253.352	13,31	28,57
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	783	233.996	12,30	40,87
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	1.785	156.163	8,21	49,07
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	311	116.765	6,14	55,21
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	443	81.568	4,29	59,49
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.105	81.151	4,26	63,76
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	127	52.002	2,73	66,49
EEG	16310	207	51.877	2,73	69,22
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	174	45.864	2,41	71,63
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	47	32.331	1,70	73,33
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	205	27.917	1,47	74,79
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	161	25.668	1,35	76,14
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	26	25.449	1,34	77,48
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	214	24.148	1,27	78,75
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	158	23.751	1,25	80,00
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.071	20.706	1,09	81,08
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	101	19.896	1,05	82,13
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	29	19.816	1,04	83,17
Besuch eines weiteren Kranken	01413	151	15.168	0,80	83,97
GOZ \geq 80000		1.021	364	0,02	83,99
Sonstige		9.148	304.737	16,01	100,00
Gesamt		21.572	1.903.048	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.20 Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	392	329.413	9,20	9,20
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	716	301.531	8,42	17,62
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	348	292.549	8,17	25,79
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	309	260.264	7,27	33,05
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	271	228.180	6,37	39,43
Probatorische Sitzung	35150	346	214.734	6,00	45,42
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	255	214.075	5,98	51,40
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	242	203.116	5,67	57,07
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	663	190.310	5,31	62,39
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	217	182.440	5,09	67,48
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	207	174.137	4,86	72,34
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	205	172.474	4,82	77,16
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.194	127.470	3,56	80,72
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	151	126.788	3,54	84,26
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	115	96.628	2,70	86,96
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	106	89.052	2,49	89,44
Biographische Anamnese	35140	105	51.539	1,44	90,88
Zuschlag I	35251	1.252	50.363	1,41	92,29
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	99	41.564	1,16	93,45
Zuschlag Einzeltherapie	35571	925	39.420	1,10	94,55
GOZ > 80000		180	126	0,00	94,55
Sonstige		3.298	195.005	5,45	100,00
Gesamt		11.594	3.581.179	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.21 Nichtärztliche Psychotherapeuten

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	959	805.916	13,84	13,84
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	739	620.830	10,66	24,50
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	738	620.225	10,65	35,15
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	725	609.425	10,47	45,62
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	691	581.083	9,98	55,60
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	420	353.539	6,07	61,67
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	786	330.942	5,68	67,36
Probatorische Sitzung	35150	475	294.675	5,06	72,42
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	349	293.212	5,04	77,45
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.264	242.804	4,17	81,62
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	1.050	126.801	2,18	83,80
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	268	112.832	1,94	85,74
Zuschlag I	35251	2.142	90.369	1,55	87,29
Zuschlag Einzeltherapie	35571	1.813	82.624	1,42	88,71
Biographische Anamnese	35140	148	73.057	1,25	89,96
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	77	64.876	1,11	91,08
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	382	63.045	1,08	92,16
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	66	55.781	0,96	93,12
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	55	46.310	0,80	93,91
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	44	36.629	0,63	94,54
GOZ > 80000		300	62	0,00	94,54
Sonstige		3.631	317.737	5,46	100,00
Gesamt		18.122	5.822.776	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.22 Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	2.207	1.855.823	21,50	21,50
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	1.270	1.067.718	12,37	33,86
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	1.238	1.040.551	12,05	45,92
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	1.123	944.352	10,94	56,85
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	806	677.643	7,85	64,70
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.575	662.713	7,68	72,38
Probatorische Sitzung	35150	926	575.140	6,66	79,04
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	3.878	416.478	4,82	83,87
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	2.037	246.219	2,85	86,72
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	390	164.272	1,90	88,62
Biographische Anamnese	35140	301	148.534	1,72	90,34
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	734	121.743	1,41	91,75
Zuschlag I	35251	2.871	116.566	1,35	93,10
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.492	111.379	1,29	94,39
Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie	35131	102	54.776	0,63	95,03
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	358	38.219	0,44	95,47
Vertiefte Exploration	35141	207	37.192	0,43	95,90
Zuschlag zur GOP 23216	23218	709	32.299	0,37	96,27
Testverfahren, standardisierte	35600	1.090	30.505	0,35	96,63
Testverfahren, standardisierte	35300	1.063	29.751	0,34	96,97
GOZ > 80000		739	403	0,00	96,98
Sonstige		4.423	261.065	3,02	100,00
Gesamt		30.538	8.633.342	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.23 Nuklearmedizin

Nuklearmedizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	195	203.586	15,74	15,74
Konsiliarpauschale	17210	943	87.829	6,79	22,53
99mTc-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)	40520	120	86.280	6,67	29,20
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	212	85.726	6,63	35,83
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	17330	60	57.516	4,45	40,27
Ganzkörperszintigraphie	17311	86	56.532	4,37	44,64
Schilddrüsen - Sonographie	33012	620	52.682	4,07	48,72
Thyreoglobulin	32420	318	52.521	4,06	52,78
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	17331	50	35.245	2,72	55,50
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	483	34.392	2,66	58,16
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	336	32.849	2,54	60,70
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	24	29.584	2,29	62,99
Calcitonin	32410	201	28.450	2,20	65,18
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	23	28.177	2,18	67,36
Teilkörperszintigraphie	17310	59	26.848	2,08	69,44
Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	290	25.242	1,95	71,39
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	17332	27	24.600	1,90	73,29
123-J-FP-CIT (M. Parkinson)	40538	3	23.134	1,79	75,08
ft4	32320	611	21.471	1,66	76,74
ft3	32321	609	21.390	1,65	78,39
GOZ > 80000		33	153	0,01	78,41
Sonstige		4.116	279.338	21,59	100,00
Gesamt		9.417	1.293.546	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.24 Orthopädie

Orthopädie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	18211	10.749	2.052.120	18,68	18,68
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.276	1.819.090	16,56	35,25
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	4.476	948.045	8,63	43,88
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.636	778.130	7,08	50,96
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.711	587.648	5,35	56,32
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	17.008	517.814	4,71	61,03
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	2.161	325.818	2,97	64,00
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.554	323.116	2,94	66,94
Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	492	230.788	2,10	69,04
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.808	189.459	1,73	70,77
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.381	179.017	1,63	72,40
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.311	138.186	1,26	73,65
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.704	136.230	1,24	74,89
Zuschlag zur GOP 18220	18222	16.329	130.554	1,19	76,08
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	639	118.569	1,08	77,16
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	162	106.320	0,97	78,13
Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	34231	712	99.626	0,91	79,04
Abdrücke und Modelle I	31941	1.740	99.103	0,90	79,94
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	1.253	96.739	0,88	80,82
Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	31145	15	81.957	0,75	81,57
GOZ > 80000		7.185	274	0,00	81,57
Sonstige		63.459	2.024.254	18,43	100,00
Gesamt		154.760	10.982.860	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.25 Pathologie

Pathologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	11.731	973.560	34,95	34,95
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	10.834	552.387	19,83	54,78
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.689	411.953	14,79	69,57
Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	01733	3.690	273.063	9,80	79,37
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	9.371	231.388	8,31	87,67
Zytologische Untersuchung eines Materials	19311	756	43.864	1,57	89,25
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	107	37.890	1,36	90,61
Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	19322	44	23.353	0,84	91,45
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	214	23.338	0,84	92,29
Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	19315	252	20.894	0,75	93,04
B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung	19433	4	15.695	0,56	93,60
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	01743	120	15.670	0,56	94,16
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	22	11.616	0,42	94,58
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	52	10.930	0,39	94,97
Laborgrundpauschale Tumorgenetik	19403	27	10.183	0,37	95,34
Mutationsuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation in bis zu 20 Kilobasen kodierender Sequenz einschließlich zugehöriger regulatorischer Sequenzen	19424	13	7.937	0,28	95,62
Nachweis von HPV-DNA und/oder mRNA aus einem Zervix-/Vaginalmaterial	32820	29	7.820	0,28	95,90
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	0	7.474	0,27	96,17
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19451	19457	2	7.422	0,27	96,44
Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern, ggf. einschl. HLA-Spezifizierung	32530	15	6.736	0,24	96,68
GOZ > 80000		1.168	159	0,01	96,68
Sonstige		1.785	92.375	3,32	100,00
Gesamt		41.927	2.785.708	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	20211	129	27.326	10,85	10,85
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	62	18.178	7,22	18,07
Tonschwellenaudiometrie	20320	120	17.617	6,99	25,06
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20210	56	17.459	6,93	31,99
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	98	12.998	5,16	37,15
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	85	11.848	4,70	41,86
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	91	10.898	4,33	46,18
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20336	59	9.854	3,91	50,10
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	20212	45	9.562	3,80	53,89
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	09211	44	8.714	3,46	57,35
Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	20360	56	8.070	3,20	60,56
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	33	6.750	2,68	63,24
Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	20330	25	5.170	2,05	65,29
Lupenlaryngoskopie	20310	66	5.042	2,00	67,29
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	29	4.628	1,84	69,13
Videostroboskopie	20314	29	4.358	1,73	70,86
Schallspektrographie	20352	14	4.351	1,73	72,59
Zuschlag für die phoniatisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	159	4.295	1,71	74,29
Elektroglottographie	20351	15	4.064	1,61	75,91
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	20323	50	3.894	1,55	77,45
GOZ > 80000		59	40	0,02	77,47
Sonstige		1.500	56.754	22,53	100,00
Gesamt		2.823	251.869	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.27 Physikalische und rehabilitative Medizin

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	27211	450	105.867	17,94	17,94
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	214	91.175	15,45	33,39
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	359	89.405	15,15	48,54
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	265	56.256	9,53	58,08
Ganzkörperstatus	27310	220	24.818	4,21	62,28
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	275	19.539	3,31	65,59
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	36	17.745	3,01	68,60
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	267	17.227	2,92	71,52
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	44	14.246	2,41	73,93
Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	28	13.235	2,24	76,18
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	4	12.239	2,07	78,25
Massageotherapie	30400	119	8.832	1,50	79,75
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	123	8.517	1,44	81,19
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	114	7.393	1,25	82,44
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	46	7.066	1,20	83,64
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	39	5.968	1,01	84,65
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	9	5.754	0,98	85,63
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	60	5.679	0,96	86,59
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	18	5.458	0,92	87,51
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	43	5.036	0,85	88,37
GOZ > 80000		217	218	0,04	88,40
Sonstige		3.086	68.422	11,60	100,00
Gesamt		6.037	590.094	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.28 Psychiatrie und Psychotherapie

Psychiatrie und Psychotherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	4.046	534.024	24,84	24,84
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	21211	1.407	279.119	12,98	37,83
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	798	161.509	7,51	45,34
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	359	134.587	6,26	51,60
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	446	133.276	6,20	57,80
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.162	93.446	4,35	62,15
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	80	66.914	3,11	65,26
Zuschlag Fremdanamnese	21216	397	59.493	2,77	68,03
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	131	55.277	2,57	70,60
Probatorische Sitzung	35150	74	45.967	2,14	72,74
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	175	35.660	1,66	74,40
Besuch eines weiteren Kranken	01413	303	31.589	1,47	75,87
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	37	31.039	1,44	77,31
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	32	27.264	1,27	78,58
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	01950	659	26.362	1,23	79,81
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	30	25.311	1,18	80,98
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.101	25.207	1,17	82,16
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	28	23.688	1,10	83,26
Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	21232	109	21.584	1,00	84,26
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	20	17.167	0,80	85,06
GOZ > 80000		2.429	65	0,00	85,07
Sonstige		7.957	321.036	14,93	100,00
Gesamt		23.780	2.149.582	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.29 Psychotherapeutische Medizin

Psychotherapeutische Medizin	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35200	707	594.265	15,06	15,06
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35201	427	359.162	9,10	24,17
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	404	340.136	8,62	32,79
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	320	268.875	6,82	39,61
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	620	261.173	6,62	46,23
Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	35210	292	245.211	6,22	52,44
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	272	228.641	5,80	58,24
Probatorische Sitzung	35150	351	217.988	5,53	63,77
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	259	217.888	5,52	69,29
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	35220	129	108.529	2,75	72,04
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	982	105.285	2,67	74,71
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	777	83.718	2,12	76,83
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	186	78.159	1,98	78,81
Biographische Anamnese	35140	144	70.781	1,79	80,61
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	22211	371	66.512	1,69	82,29
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	23211	487	58.541	1,48	83,78
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	64	54.054	1,37	85,15
Zuschlag I	35251	1.290	50.475	1,28	86,43
Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	35221	60	50.127	1,27	87,70
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	56	47.119	1,19	88,89
GOZ > 80000		551	1.297	0,03	88,92
Sonstige		5.548	436.920	11,08	100,00
Gesamt		14.296	3.944.857	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.30 Radiologie

Radiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	948	1.148.279	17,88	17,88
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	890	1.078.777	16,80	34,68
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	458	555.310	8,65	43,32
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	340	278.061	4,33	47,65
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	594	264.679	4,12	51,77
MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	34451	218	264.104	4,11	55,89
Mammographie	34270	920	243.542	3,79	59,68
CT-Untersuchung des Thorax	34330	346	227.946	3,55	63,23
Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24211	3.167	150.607	2,35	65,57
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.621	150.141	2,34	67,91
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	181	134.461	2,09	70,00
CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	34320	163	121.357	1,89	71,89
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	726	108.575	1,69	73,58
CT-Untersuchung des Neurocraniums	34310	142	86.899	1,35	74,94
MRT-Untersuchung des Beckens	34442	69	83.566	1,30	76,24
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	231	83.056	1,29	77,53
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	80	78.951	1,23	78,76
MRT-Untersuchung des Oberbauchs	34440	56	67.835	1,06	79,82
Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	34345	296	67.385	1,05	80,87
MRT-Angiographie der Hirngefäße	34470	84	67.069	1,04	81,91
GOZ > 80000		510	45	0,00	81,91
Sonstige		16.642	1.161.694	18,09	100,00
Gesamt		29.681	6.422.338	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.31 Sonstige Leistungserbringer

Anästhesiologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	794	3.591.913	30,76	30,76
Notfallpauschale	01212	9.386	1.830.180	15,67	46,44
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	122	591.476	5,07	51,50
Notfallpauschale	01210	4.659	567.615	4,86	56,36
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418	559	434.785	3,72	60,09
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.524	376.038	3,22	63,31
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	489	206.851	1,77	65,08
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	40824	118	178.054	1,52	66,60
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.635	171.931	1,47	68,08
Abdominelle Sonographie	33042	716	112.360	0,96	69,04
CT-Untersuchung des Neurocraniums	34310	170	104.101	0,89	69,93
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	02301	773	99.747	0,85	70,78
Aufnahmen der Extremitäten	34233	890	93.396	0,80	71,58
Notfallkonsultationspauschale II	01216	614	85.975	0,74	72,32
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	503	70.929	0,61	72,93
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	435	65.506	0,56	73,49
Fixierender Verband	02350	586	62.126	0,53	74,02
Zuschlag zu der Kostenpauschale 40823 oder 40825 bei Versicherten ab vollendetem 79. Lebensjahr	40833	212	60.539	0,52	74,54
Kostenpauschale für Dialyse bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr am Wohnort	40815	9	53.941	0,46	75,00
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	01950	1.296	51.874	0,44	75,45
GOZ > 80000		13.616	108	0,00	75,45
Sonstige		74.241	2.866.962	24,55	100,00
Gesamt		114.346	11.676.408	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.32 Strahlentherapie

Strahlentherapie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321	40840	814	1.082.313	39,99	39,99
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	25321	1.872	664.443	24,55	64,53
Bestrahlungsplanung III	25342	110	274.335	10,14	74,67
3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	25323	1.853	176.016	6,50	81,17
Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösaartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	25320	477	126.520	4,67	85,84
Zuschlag Bestrahlungsfelder	25322	1.755	114.060	4,21	90,06
Bestrahlungsplanung II	25341	63	106.487	3,93	93,99
Konsiliarpauschale bei bösaartiger Erkrankung	25211	84	56.562	2,09	96,08
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	77	29.941	1,11	97,19
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	88	27.125	1,00	98,19
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	91	11.480	0,42	98,61
192-Iridium	40580	3	8.752	0,32	98,94
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	62	6.043	0,22	99,16
Bestrahlungsplanung I	25340	12	4.603	0,17	99,33
Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310	40841	12	3.536	0,13	99,46
Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax	40120	410	2.139	0,08	99,54
Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	25332	3	2.102	0,08	99,62
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	232	1.537	0,06	99,68
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418	1	1.004	0,04	99,71
Visite auf der Belegstation, je Patient	01414	6	532	0,02	99,73
GOZ > 80000		89	2.526	0,09	99,83
Sonstige		495	4.716	0,17	100,00
Gesamt		8.611	2.706.775	100,00	100,00

* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

WIdO 2019

4.2.33 Urologie

Urologie	GOZ	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kum. in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.356	1.526.557	26,16	26,16
Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	26211	3.568	622.965	10,68	36,84
Uro-Genital-Sonographie	33043	6.065	526.566	9,02	45,86
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	01731	2.382	340.398	5,83	51,70
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.404	253.434	4,34	56,04
Abdominelle Sonographie	33042	1.043	163.445	2,80	58,84
Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26310	336	148.821	2,55	61,39
Urinuntersuchung	32720	2.768	144.511	2,48	63,87
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen	32001	9.389	113.819	1,95	65,82
Zusatzpauschale Onkologie	26315	505	96.324	1,65	67,47
Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26311	323	87.838	1,51	68,97
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	786	65.702	1,13	70,10
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.078	63.686	1,09	71,19
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	410	62.258	1,07	72,26
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	345	52.451	0,90	73,16
Besuch	01410	240	50.394	0,86	74,02
Ausscheidungsurographie	34255	118	49.600	0,85	74,87
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	33	47.656	0,82	75,69
Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	26340	580	46.959	0,80	76,49
Zusatzpauschale ESWL	26330	9	46.709	0,80	77,29
GOZ > 80000		7.400	292.497	5,01	82,31
Sonstige		49.289	1.032.516	17,69	100,00
Gesamt		107.427	5.835.108	100,00	100,00

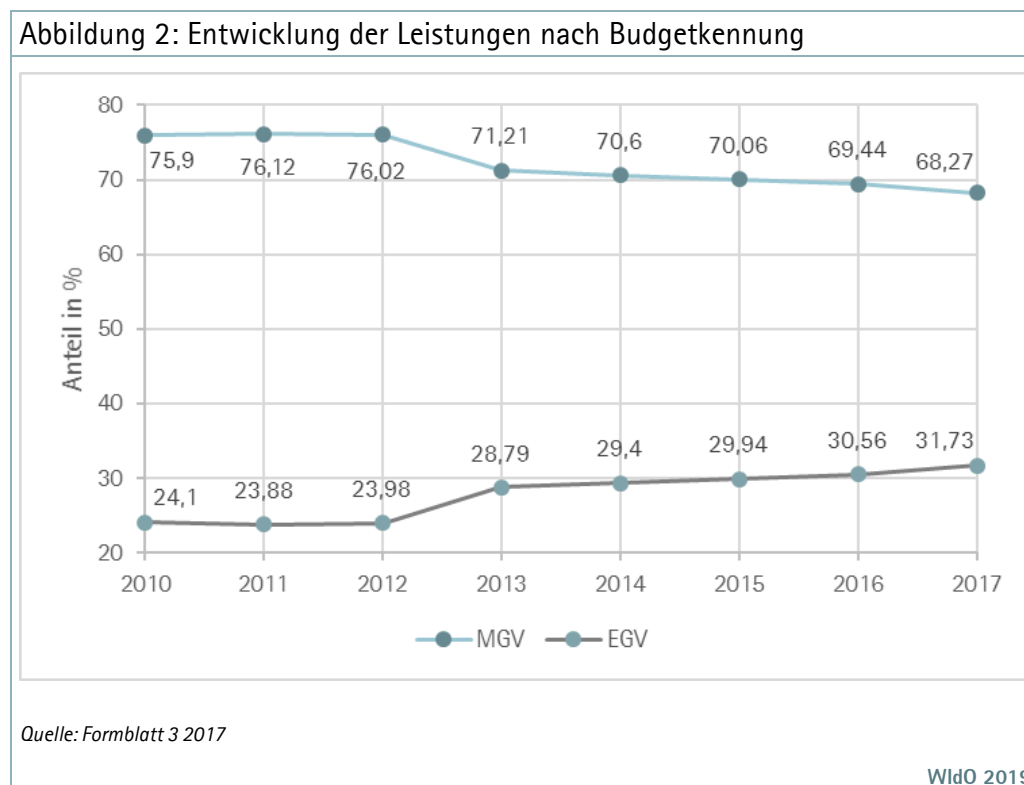
* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet
** Anteil bezogen auf den Leistungsbedarf insgesamt in Prozent

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 2017 fort. So beträgt die MGV nur noch etwa 68,3 % und die EGV etwa 31,7 % (siehe Abbildung 2).



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
- Kinderheilkunde
- Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kinder- und Jugendpsychotherapie
- 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 (0,1053 Euro) herangezogen, wie ihn der Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21.09.2016 für das Jahr 2017 festgelegt hat.