

Hendrik Dräther · Andreas Gutsch

**LISA**



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

# Das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2022

Auswertung der GKV-Frequenzstatistik

**WIdO** | Wissenschaftliches  
Institut der AOK

# Impressum

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

Das Leistungsgeschehen in der  
Vertragsärztlichen Versorgung  
im Jahr 2022  
Auswertung der GKV-Frequenzstatistik

Berlin, April 2024

Hendrik Dräther, Andreas Gutsch  
Forschungsbereich  
Ambulante Analysen und Versorgung

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft  
von Körperschaften des öffentlichen Rechts  
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:  
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)  
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)  
<https://www.aok.de/pp/impressum/>  
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

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

Datengrundlage:  
GKV-Frequenzstatistik 2022 der KBV,  
Jahresrechnung KJ1 2021,  
Formblatt 3 der KBV 2021

Satz: Melanie Hoberg



Copyright: © 2024 Wissenschaftliches Institut der AOK  
(WIdO). Creative Commons: Namensnennung –  
Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International  
(CC BY-SA 4.0)  
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>  
Der Inhalt dieser Publikation darf demnach  
uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und  
wiedergegeben werden, solange der Urheber und die  
Quelle angemessen angegeben werden, sowie  
dieselbe Lizenz verwendet wird.

E-Mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)  
Internet: <http://www.wido.de>

<https://doi.org/10.4126/FRL01-006475297>

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Kurzfassung.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Abgerechnete Leistungen nach EBM .....</b>	<b>13</b>
3.1	Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln.....	13
3.2	Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten .....	15
3.3	Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereich .....	21
<b>4</b>	<b>Häufigste und umsatzstärkste Leistungen nach Arztgruppen .....</b>	<b>23</b>
4.1	Häufigste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen.....	23
4.1.1	Allgemeinmedizin .....	23
4.1.2	Anästhesiologie.....	25
4.1.3	Augenheilkunde .....	26
4.1.4	Chirurgie.....	27
4.1.5	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.) .....	28
4.1.6	Fachwissenschaftler.....	29
4.1.7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	30
4.1.8	Gemeinschaftspraxen (fachungleich) .....	31
4.1.9	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde .....	32
4.1.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	33
4.1.11	Humangenetik.....	34
4.1.12	Internist.....	36
4.1.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie .....	37
4.1.14	Kinderarzt.....	38
4.1.15	Laboratoriumsmedizin .....	39
4.1.16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	40
4.1.17	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie).....	41
4.1.18	Neurochirurgie .....	42
4.1.19	Neurologie .....	43
4.1.20	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten .....	44
4.1.21	Nichtärztliche Psychotherapeuten.....	45
4.1.22	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten .....	46
4.1.23	Nuklearmedizin .....	47
4.1.24	Orthopädie.....	48
4.1.25	Pathologie .....	49
4.1.26	Phoniatrie und Pädaudiologie.....	51

4.1.27	Physikalische und rehabilitative Medizin .....	52
4.1.28	Psychiatrie und Psychotherapie .....	53
4.1.29	Psychotherapeutische Medizin .....	54
4.1.30	Radiologie.....	55
4.1.31	Sonstige Leistungserbringer .....	56
4.1.32	Strahlentherapie .....	57
4.1.33	Urologie.....	58
4.2	Umsatzstärkste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen .....	59
4.2.1	Allgemeinmedizin.....	59
4.2.2	Anästhesiologie .....	61
4.2.3	Augenheilkunde .....	62
4.2.4	Chirurgie.....	63
4.2.5	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.).....	64
4.2.6	Fachwissenschaftler .....	65
4.2.7	Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	66
4.2.8	Gemeinschaftspraxen (fachungleich).....	67
4.2.9	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.....	68
4.2.10	Haut- und Geschlechtskrankheiten .....	69
4.2.11	Humangenetik.....	70
4.2.12	Internist.....	72
4.2.13	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	73
4.2.14	Kinderarzt .....	74
4.2.15	Laboratoriumsmedizin .....	75
4.2.16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie .....	76
4.2.17	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie).....	77
4.2.18	Neurochirurgie .....	78
4.2.19	Neurologie.....	79
4.2.20	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.....	80
4.2.21	Nichtärztliche Psychotherapeuten .....	81
4.2.22	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten.....	82
4.2.23	Nuklearmedizin .....	83
4.2.24	Orthopädie .....	84
4.2.25	Pathologie .....	85
4.2.26	Phoniatrie und Pädaudiologie .....	87
4.2.27	Physikalische und rehabilitative Medizin .....	88
4.2.28	Psychiatrie und Psychotherapie .....	89
4.2.29	Psychotherapeutische Medizin .....	90
4.2.30	Radiologie.....	91
4.2.31	Sonstige Leistungserbringer .....	92
4.2.32	Strahlentherapie .....	93
4.2.33	Urologie.....	94
<b>5</b>	<b>Budgetierte und extrabudgetäre Leistungen.....</b>	<b>95</b>



<b>6</b>	<b>Vertragsärztliche Leistungen im Pandemiejahr 2021 .....</b> Fehler! Textmarke nicht definiert.	
6.1	Einleitung .....	96
6.2	Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte.....	96
6.3	Videosprechstunden .....	98
6.4	Nachweise von SARS-CoV-1: Abstriche und Nuklein-säurenachweis des beta-Corona-Virus SARS-CoV-2 .....	100
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>102</b>
7.1	Definition: „Arztgruppen“ .....	102
7.2	Umrechnungsfaktor für den Leistungsbedarf.....	103
7.3	Datenbasis zu Abbildung 2.....	103

# 1 Einführung

## Vertragsärztliche und kollektivvertragliche Leistungen innerhalb der ambulanten Versorgung

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 (im Folgenden: vertragsärztliche Versorgung), wird nach § 73 Abs. 2 SGB V inhaltlich konkretisiert. Jedoch gilt die Konkretisierung „ambulanten Leistungen“ auch für weitere ambulante Leistungserbringer außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Vereinfachend ausgedrückt, besteht die vertragsärztliche Versorgung aus ambulanten Leistungen, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) 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 sozialrechtliche Grundlagen.

Daneben beteiligen sich insbesondere Krankenhäuser und den Krankenhäusern nahestehende Einrichtungen an der ambulanten Versorgung. Ein Großteil dieser Einrichtungen, 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 bildet die Frequenzstatistik nicht ab.

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 Ärztinnen und Ärzte „ermächtigt“ werden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. In diesen Fällen gehören ambulante Leistungen von Krankenhäusern und – in quantitativer Hinsicht jedoch weniger bedeutend – von Krankenhaus-nahen Einrichtungen ebenso zur vertragsärztlichen Versorgung. Andererseits gehören aber auch belegärztliche Leistungen niedergelassener Ärztinnen und 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 Vertragsärztinnen und -ärzten angeforderten Leistungen des Jahres 2022.

Der in den Tabellen ausgewiesene Leistungsbedarf wird in Punkten angegeben.<sup>1</sup> Wenn der Leistungsbedarf in Euro-Beträgen abgerechnet wurde, wird dieser mittels des Orientierungswertes (§ 87 SGB V) in Punkte umgerechnet (siehe Kapitel 7.2) und zum in Punkten angeforderten Leistungsbedarf addiert. Nur in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg wurde ein vom Orientierungswert abweichender regionaler Punktwert festgelegt. Für die gesetzliche Krankenversicherung werden allgemeine Aussagen zu Leistungsbedarfen – Summe der in EBM-Punkten oder in Euro-Beträgen bewerteten und von der Vertragsärzteschaft sowie den ärztlichen und nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gegenüber den Krankenkassen angegebenen Leistungen – getroffen. Die in EBM-Punkten angeforderten Leistungen sind dabei über einen bundeseinheitlichen Orientierungswert in Höhe von 0,112662 Euro in Euro-Beträge umgerechnet worden.

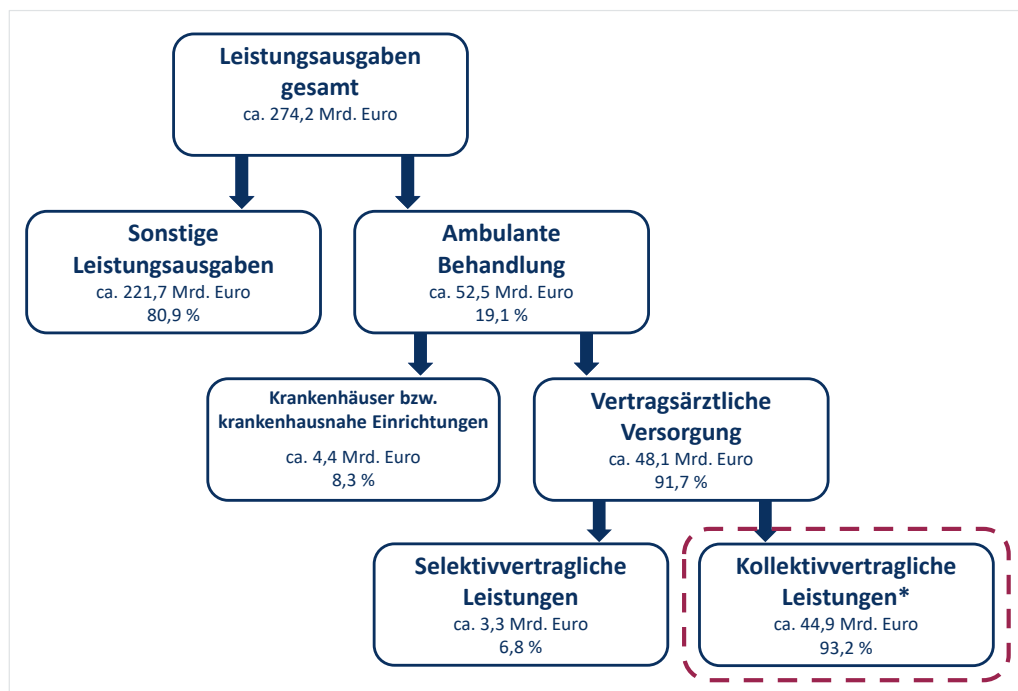
Neben dem vertragsärztlichen Bereich werden ambulante Leistungen auch unter anderen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie von anderen Leistungserbringern angeboten. Dazu zählen insbesondere die Versorgung von Patientinnen und Patienten innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V sowie die Versorgung in Krankenhäusern und Krankenhaushnahen 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

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

- 4090 Leistungen nach § 73c SGB in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung
- 4610 Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615)
- 4613 Vor- und nachstationäre Psychiatrische Krankenhausbehandlung
- 4620 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- 5200 Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern
- 5210 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen
- 5220 Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern
- 5230 Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten
- 5300 Ärztliche Beratung und Behandlung
- 5430 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V
- 5433 Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- 5440 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- 5443 Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- 5500 Ärztliche Betreuung
- 5700 Integrierte Versorgung – Ambulante ärztliche Behandlung

**Abbildung 1: Leistungsausgaben für die ambulante Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung 2022**



--- Leistungen der Frequenzstatistik

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

Im Jahr 2022 wurden seitens der gesetzlichen Krankenversicherung rund 52,5 Mrd. Euro bzw. 697 Euro je Versicherte/Versicherter für die ambulante Behandlung aufgewendet. Der Anteil der Leistungsausgaben für ambulante Behandlungen an allen Leistungsausgaben verringerte sich von 20,0 Prozent im Jahr 2020 auf 19,1 Prozent im Jahr 2022. Von den rund 52,5 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung insgesamt entfallen rund 48,1 Mrd. Euro auf die vertragsärztliche Versorgung und 4,4 Mrd. Euro auf Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-nahe Einrichtungen.

Die 48,1 Mrd. Euro für die ambulante Behandlung im vertragsärztlichen Bereich beinhalten etwa 44,9 Mrd. Euro für kollektivvertragliche Leistungen inklusive Leistungen nach §§ 73b, 73c und 140a, sofern diese Leistungen unter Beteiligung der KVen abgerechnet wurden. Etwa 3,3 Mrd. Euro entfallen auf selektivvertragliche Leistungen ohne Beteiligung der KVen. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Ausgaben erneut gestiegen.

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  $\geq 80000$ “.

Die Tabelle 3.2-1 enthält Angaben zur Anzahl der abgerechneten Leistungen und zum Leistungsbedarf in Punkten gegliedert nach EBM-Abschnitten, ergänzt durch die Gruppierung „Gebührenordnungsnummern  $\geq 80000$ “.

Die Tabelle 3.3-1 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  $\geq 80000$ “ ausgewiesen.

## 2 Kurzfassung

### Vertragsärztliche Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung 2022 knapp fünf Prozent über Vor-Pandemie-Niveau – Einflüsse der Pandemie deutlich sichtbar

1. Für die ambulante Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden im Jahr 2022 etwa 52,51 Mrd. Euro absolut bzw. 712 Euro je Versicherte/Versicherter aufgewendet. Das entspricht einer Steigerung von 2,74 Prozent absolut und 2,27 Prozent je versicherter Person. Der überwiegende Anteil in Höhe von 48,1 Mrd. Euro entfällt dabei auf die vertragsärztliche Versorgung – bestehend aus kollektiv- und selektivvertraglichen Leistungen. *Etwa 44,9 Mrd. Euro bzw. 654 Euro je Versicherte/Versicherter sind kollektivvertraglichen Leistungen zuzuordnen* (Steigerung von 2,48 Prozent absolut und 2,02 Prozent je Versicherte/Versicherter). Zu den selektivvertraglichen Leistungen zählen u. a. die der hausarztzentrierten Versorgung nach (HzV nach § 73 b SGB V) in Höhe von insgesamt 3,3 Mrd. Euro. Für ambulante Leistungen der Krankenhäuser und Krankenhausnaher Einrichtungen – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung – (u. a. Hochschulambulanzen, Pädiatrische Institutsambulanzen, ambulante Operationen nach § 115 b SGB V) wurden 2022 weitere 4,4 Mrd. Euro (Steigerung zum Vorjahr um 5,61 Prozent und 5,13 Prozent je Versicherte/Versicherter) aufgewendet.

2. Die GKV-Frequenzstatistik umfasst (kollektiv-)vertragsärztliche Leistungen. Der – von Vertragsärztinnen/-ärzten und ärztlichen und nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen/-therapeuten – insgesamt angeforderte Leistungsbedarf<sup>2</sup> in EBM-Punkten absolut ist 2022 im Vergleich zum Vorjahr GKV-weit um circa 7,2 Prozent deutlich gestiegen. Der Trend steigender Leistungsbedarfe hat sich nach der Pandemie-bedingten Ausnahme 2020 auch im Jahr 2022 fortgesetzt.

Bei den insgesamt 37 EBM-Kapiteln sind teilweise erhebliche Abweichungen zum Vorjahr sowohl nach oben als auch nach unten zu beobachten. Die größten Steigerungsraten sind – wieder einmal – **(a)** beim EBM-Kapitel 23 für psychotherapeutische Leistungen von mehr als 10 Prozent – allerdings mit einem Anteil am gesamten vertragsärztlichen Leistungsbedarf der GKV von lediglich 0,75 Prozent –, **(b)** den Leistungen des EBM-Kapitels 27 (unterschiedliche Leistungen gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V) mit einer Steigerungsrate von 9,11 Prozent, **(c)** den humangenetischen Gebührenordnungspositionen des EBM-Kapitels 11 (Steigerungsrate: 8,11 Prozent mit einem Anteil am gesamten GKV Leistungsbedarf von 0,89 Prozent) und **(d)** den Leistungen des EBM-Kapitels 4 (Kinder- und Jugendmedizin) mit einem Plus von 8,67 Prozent.

<sup>2</sup> Kollektivvertragliche Leistungen werden entweder in Punkten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) oder aber in Euro-Beträgen bewertet. Grundsätzlich drückt der Orientierungswert nach § 87 SGB V den Geldwert eines EBM-Punktes aus. Die Summe der EBM-Punkte von in EBM-Punkten bewerteten vertragsärztlichen Leistungen des Jahres 2022 sowie der weiteren in Euro-Beträgen bewerteten Leistungen, die mithilfe des Orientierungswertes in EBM-Punkte umgerechnet werden, ergeben den GKV-Leistungsbedarf 2022.

3. Auf der anderen Seite sind **(a)** Leistungen des EBM-Kapitels 25 mit Strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen (Anteil von 0,93 Prozent am gesamten vertragsärztlichen Leistungsbedarf der GKV) um mehr als 20 Prozent, **(b)** Allgemeindiagnostische Leistungen des EBM-Kapitels 2 um 7,72 Prozent (Anteil am gesamten GKV Leistungsbedarf von 0,68 Prozent) und nuklearmedizinische Leistungen des EBM-Kapitels 17 um circa 4 Prozent (Anteil an GKV Gesamt 0,42 Prozent) deutlich zurückgegangen.
4. Zu den weiteren besonderen Mengenentwicklungen gehören:  
Der Leistungsbedarf 2022 für die ambulante psychotherapeutische Versorgung – bestehend aus Leistungen der EBM-Kapitel 14, 21, 22, 23 und 35<sup>3</sup> – nimmt anders als in den Vorjahren nur moderat um 1,2 Prozent zu. In den Vorjahren lagen die Steigerungsraten oberhalb von 5 Prozent. Die „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien“ stellen mit einem Anteil von 8,9 Prozent am GKV-weiten Leistungsbedarf das drittgrößte EBM-Kapitel dar, dessen Leistungen im Vergleich zum Vorjahr um etwa 0,75 Prozent ebenso nur moderat angestiegen sind.  
Seit vielen Jahren ist zu beobachten, dass zunehmend humangenetische (EBM-Kapitel 11 mit einem Wachstum von ca. 8,1 Prozent) und pathologische Untersuchungen (EBM-Kapitel 19 mit einem Wachstum von knapp 3,22 Prozent) mit einem auffälligen Schwerpunkt bei der Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen (Abschnitt 19.4; Plus von 7,41 Prozent) Einzug in die GKV erhalten.
5. Im Hinblick auf die fachärztliche Struktur vertragsärztlicher Leistungen lässt sich weiterhin festhalten, dass auf die Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe „Allgemeinmedizin“ 26,14 Prozent aller abgerechneten Leistungen entfallen. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind auch zusammen mit Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen an den fachungleichen Gemeinschaftspraxen (Anteil von 10,23 Prozent) sowie den Einrichtungen nach § 311 SGB V (Anteil von 16,4 Prozent u. a. inklusive der medizinischen Versorgungszentren) beteiligt, die mittlerweile 26,6 Prozent des gesamten Leistungsbedarfs auf sich vereinen und einen Zuwachs beim Leistungsbedarf von circa 5 Prozent zu verzeichnen haben. Unter den in der Frequenzstatistik eigenständig ausgewiesenen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs stellen die fachärztlichen Internistinnen und Internisten mit 6,24 Prozent die umsatzstärkste und die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Anteil von 5,0 Prozent am gesamten angeforderten Leistungsbedarf) die zweitumsatzstärkste Facharztgruppe dar.
6. Mit Blick auf die einzelnen EBM-Kapitel kommt dem EBM-Kapitel 3 „Hausärztlicher Versorgungsbereich“ mit 22,96 Prozent des Leistungsbedarfs die in quantitativer Hinsicht größte Bedeutung zu. 10,48 Prozent des gesamten Leistungsbedarfs entfallen auf das EBM-Kapitel 1 „Allgemeine Gebührenordnungspositionen“.

<sup>3</sup> (1) EBM-Kapitel 14 „Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, (2) EBM-Kapitel 21 „Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)“, (3) EBM-Kapitel 22 „Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“, (4) EBM-Kapitel 23 „Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)“ und (5) EBM-Kapitel 35 „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien“

7. Der Leistungsbedarf des EBM-Kapitels 34 „Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie“ liegt 2022 circa 4,9 Prozent oberhalb des 2021er-Niveaus. Maßgebend für die Entwicklung waren die Leistungsbedarfe des Abschnitts 3 (Computertomographien) mit einer Steigerungsrate von 4,85 Prozent.
8. In der vertragsärztlichen Versorgung entfallen 6,4 Prozent der insgesamt abgerechneten Leistungen auf Leistungen für Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (EBM-Abschnitt 1.7). Im Vergleich zum Vorjahr ist hier zwar nur ein leichter Rückgang von 0,53 Prozent zu verzeichnen.
9. Der Trend der Vorjahre mit rückläufigen Anteilen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) an der Gesamtvergütung insgesamt hat sich 2022 wieder fortgesetzt, nachdem im Vorjahr eine etwas abweichende Entwicklung dazu festzustellen war (vgl. Abbildung 2). Auf die MGV entfallen 2022 57,34 Prozent und auf die extrabudgetäre Leistungen 42,66 Prozent der gezahlten Gesamtvergütung. Im Vorjahr lag dieses Verhältnis bei 58,3 Prozent zu 41,7 Prozent.



## 3 Abgerechnete Leistungen nach EBM

### 3.1 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln

Tabelle 3.1-1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Kapiteln 2022

Leistungen nach EBM-Kapitel	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
01. Allgemeine Gebührenordnungspositionen	580.352	40.383.368	10,48	-1,29
02. Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	32.045	2.612.379	0,68	-7,72
03. Hausärztlicher Versorgungsbereich	1.077.622	88.536.905	22,97	3,72
04. Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin	111.647	12.672.182	3,29	8,67
05. Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen	12.113	1.197.443	0,31	-1,03
06. Augenärztliche Gebührenordnungspositionen	184.076	10.264.634	2,66	1,61
07. Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen	51.974	3.694.988	0,96	-1,28
08. Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	169.824	7.076.835	1,84	-1,24
09. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen	122.317	8.187.446	2,12	6,33
10. Hautärztliche Gebührenordnungspositionen	95.919	4.235.230	1,10	-0,45
11. Humangenetische Gebührenordnungspositionen	7.876	3.425.538	0,89	8,11
12. Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen	113.253	742.636	0,19	-0,21
13. Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin	133.120	20.671.315	5,36	-0,06
14. Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	16.179	1.743.121	0,45	0,83
15. Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1.076	95.373	0,02	1,96
16. Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen	53.538	5.902.338	1,53	4,92
17. Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen	7.111	1.628.325	0,42	-4,02
18. Orthopädische Gebührenordnungspositionen	136.310	8.745.335	2,27	1,79
19. Pathologische Gebührenordnungspositionen	44.340	5.143.469	1,33	3,22

...

Leistungen nach EBM-Kapitel	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
20. Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	3.377	349.374	0,09	5,56
21. Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)	70.666	6.645.068	1,72	-0,19
22. Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	2.867	287.440	0,07	-0,18
23. Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)	28.412	2.896.687	0,75	10,22
24. Radiologische Gebührenordnungspositionen	27.585	990.373	0,26	5,34
25. Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen	10.996	7.075.165	1,84	-20,38
26. Urologische Gebührenordnungspositionen	56.933	3.582.801	0,93	1,41
27. Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin	6.635	648.333	0,17	-1,01
30. Spezielle Versorgungsbereiche	58.189	8.936.606	2,32	0,43
31. Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen	21.878	15.453.896	4,01	0,87
32. In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin	1.488.981	28.291.812	7,34	2,13
33. Ultraschalldiagnostik	53.444	6.522.948	1,69	0,55
34. Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie	47.985	18.936.257	4,91	1,12
35. Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie	112.826	34.387.142	8,92	0,74
36. Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	856	637.538	0,17	-0,98
37. Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	10.686	1.388.098	0,36	9,11
38. Delegationsfähige Leistungen	1.078	73.686	0,02	-2,47
40. Kostenpauschalen	174.541	18.203.865	4,72	-3,21
Gebührenordnungsnummern ≥ 80000	463.513	3.219.943	0,84	1,96
<b>Gesamt</b>	<b>5.592.139</b>	<b>385.485.893</b>	<b>100,00</b>	<b>1,07</b>

<sup>1</sup> Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

<sup>2</sup> Anteile bezogen auf den Leistungsbedarf Gesamt in Prozent

<sup>3</sup> Veränderung zum Vorjahr 2021 in Prozent

## 3.2 Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten

Tabelle 3.2-1: Abgerechnete Leistungen nach EBM-Abschnitten 2022

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
01.01. Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	3.347	502.738	0,13	-7,42
01.02. Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	20.535	3.316.651	0,86	16,03
01.03. Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	3.722	551.135	0,14	-2,50
01.04. Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende	63.417	7.059.094	1,83	-13,80
01.05. Ambulante Betreuung und Nachsorge	2.244	1.485.113	0,39	-2,67
01.06. Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien	314.051	1.740.967	0,45	32,26
01.07. Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)	160.533	24.695.802	6,41	-0,53
01.08. Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	12.502	1.031.867	0,27	-5,07
02.01. Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen	3.691	355.424	0,09	-0,79
02.02. Tuberkulintestung	1	10	0,00	-11,65
02.03. Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	14.161	1.491.944	0,39	0,64
02.04. Diagnostische Verfahren, Tests	9.441	685.219	0,18	-24,06
02.05. Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	4.751	79.783	0,02	-9,48
03.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung	1.077.622	88.536.905	22,97	3,72
04.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	109.668	12.064.393	3,13	9,06
04.04. Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	1.346	447.808	0,12	1,57
04.05. Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung	633	159.981	0,04	1,22
05.02. Anästhesiologische Grundpauschalen	8.573	341.896	0,09	-0,90

...

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
05.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	3.526	849.405	0,22	-1,26
05.04. Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4	14	6.141	0,00	31,73
06.02. Augenärztliche Grundpauschalen	156.594	7.321.504	1,90	0,79
06.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	27.481	2.943.130	0,76	3,71
07.02. Chirurgische Grundpauschalen	50.169	3.325.388	0,86	-0,74
07.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.806	369.600	0,10	-5,84
08.02. Frauenärztliche Grundpauschalen	167.536	6.467.103	1,68	-1,07
08.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.841	310.997	0,08	2,76
08.04. Geburtshilfe	42	72.065	0,02	-12,11
08.05. Reproduktionsmedizin	392	220.791	0,06	-8,72
08.06. Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie	13	5.879	0,00	186,42
09.02. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen	101.011	5.299.583	1,37	6,83
09.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21.306	2.887.863	0,75	5,41
10.02. Hautärztliche Grundpauschalen	90.848	3.411.291	0,88	0,23
10.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	5.071	823.939	0,21	-3,16
11.02. Humangenetische Grundpauschalen	267	58.189	0,02	0,03
11.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	289	189.625	0,05	1,97
11.04. In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen	7.320	3.177.724	0,82	8,67
12.02. Laboratoriumsmedizinische Pauschalen	113.253	742.636	0,19	-0,21
13.02. Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung	14.998	1.289.394	0,33	-2,39
13.03. Schwerpunktorientierte internistische Versorgung	118.122	19.381.921	5,03	0,10
14.02. Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen	5.892	360.345	0,09	4,24
14.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10.288	1.382.776	0,36	-0,02
15.02. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen	890	60.387	0,02	-0,19
15.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	185	34.986	0,01	5,91
16.02. Neurologische Grundpauschalen	34.122	1.719.085	0,45	7,62

...

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
16.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	19.416	4.183.253	1,09	3,84
17.02. Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen	4.925	227.897	0,06	-0,68
17.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.185	1.400.428	0,36	-4,54
18.02. Orthopädische Grundpauschalen	125.950	6.806.015	1,77	2,84
18.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	10.360	1.939.320	0,50	-1,74
19.02. Pathologische Konsiliarpauschalen	0	13	0,00	5,37
19.03. Diagnostische Gebührenordnungspositionen	41.909	3.440.980	0,89	1,27
19.04. In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen	2.431	1.702.476	0,44	7,41
20.02. Phoniatrie und pädaudiologische Grundpauschalen	1.959	116.732	0,03	5,84
20.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.418	232.643	0,06	5,43
21.02. Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	54.477	3.492.111	0,91	-0,76
21.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16.189	3.152.957	0,82	0,45
22.02. Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen	1.737	119.784	0,03	-0,03
22.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.130	167.656	0,04	-0,28
23.02. Psychotherapeutische Grundpauschalen	17.274	1.212.095	0,31	7,67
23.03. Therapeutische Gebührenordnungspositionen	11.138	1.684.592	0,44	12,12
24.02. Radiologische Konsiliarpauschalen	27.585	990.373	0,26	5,34
25.02. Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen	1.281	383.098	0,10	-0,16
25.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	9.715	6.692.068	1,74	-21,29
26.02. Urologische Grundpauschalen	54.760	2.953.703	0,77	2,06
26.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	2.174	629.098	0,16	-1,55
27.02. Physikalisch rehabilitative Grundpauschalen	5.451	410.751	0,11	-1,58
27.03. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	1.183	237.582	0,06	0,00
30.01. Allergologie	14.730	1.346.099	0,35	0,21
30.02. Chirotherapie und Hyperbare Sauerstofftherapie	12.648	776.186	0,20	-3,20
30.03. Weitere Behandlungsmethoden	462	36.002	0,01	-3,31
30.04. Physikalische Therapie	5.501	422.463	0,11	0,99

...

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
30.05. Phlebologie	1.451	213.213	0,06	-0,40
30.06. Proktologie	3.050	304.191	0,08	-2,48
30.07. Schmerztherapie	18.167	3.934.698	1,02	-0,45
30.08. Soziotherapie	58	4.664	0,00	4,85
30.09. Schlafstörungsdiagnostik	1.168	1.602.535	0,42	5,27
30.10. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	428	172.631	0,04	1,87
30.11. Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden	200	87.851	0,02	-1,90
30.12. Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA	210	9.526	0,00	-13,90
30.13. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	117	26.548	0,01	19,76
31.01. Präoperative Gebührenordnungspositionen	998	388.296	0,10	1,12
31.02. Ambulante Operationen	5.857	9.831.900	2,55	1,35
31.03. Postoperative Überwachungskomplexe	4.544	1.992.507	0,52	0,84
31.04. Postoperative Behandlungskomplexe	4.586	821.211	0,21	0,47
31.05. Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2	2.447	2.201.550	0,57	-1,22
31.06. Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen	3.445	218.433	0,06	1,93
32.01. Grundleistungen	439.111	2.282.111	0,59	1,70
32.02. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	838.821	5.408.157	1,40	1,13
32.03. Spezielle Untersuchungen	211.049	20.601.543	5,34	2,44
33.00. Ultraschalldiagnostik	53.444	6.522.948	1,69	0,55
34.02. Diagnostische Radiologie	28.843	3.791.608	0,98	0,35
34.03. Computertomographie	6.940	3.748.906	0,97	4,85
34.04. Magnet-Resonanz-Tomographie	11.126	10.529.009	2,73	-0,03
34.05. Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen	807	643.160	0,17	1,75
34.06. Osteodensitometrie	237	63.382	0,02	6,25
34.07. Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	32	160.157	0,04	7,28
34.08. Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)	0	35	0,00	-18,79
35.01. Nicht antragspflichtige Leistungen	40.620	12.837.671	3,33	4,37
35.02. Antragspflichtige Leistungen	50.984	20.683.625	5,37	-1,60

...

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
35.03. Psychodiagnostische Testverfahren	21.221	865.845	0,22	6,37
36.02. Belegärztliche Operationen	287	492.034	0,13	-0,57
36.03. Postoperative Überwachungskomplexe	136	14.365	0,00	-2,26
36.05. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2	112	101.432	0,03	-1,45
36.06. Belegärztlich konservativer Bereich	320	29.707	0,01	-5,32
37.02. Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	10.127	1.248.719	0,32	9,33
37.03. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä	513	134.880	0,03	7,10
37.04. Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	45	4.499	0,00	9,39
38.02. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern	954	62.970	0,02	-4,46
38.03. Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten	125	10.715	0,00	11,12
40.03. Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	46.759	1.107.206	0,29	3,17
40.04. Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	95.881	212.338	0,06	-44,59
40.05. Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter, Schweißtest	7.554	452.042	0,12	-5,17
40.06. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	143	234.468	0,06	-1,24
40.07. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen	1.511	86.478	0,02	-7,79
40.08. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe	9	18.350	0,00	-2,57
40.09. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Hochfrequenzdiathermieschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren	2.429	202.655	0,05	-0,13
40.10. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	1.241	642.828	0,17	-4,18
40.11. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe	2	5.400	0,00	-5,51
40.12. Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe	16	8.691	0,00	618,35

...

Leistungen nach EBM-Abschnitt	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten		
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	Anteil <sup>2</sup> in %	Vorjahr <sup>3</sup> in %
40.13. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen	198	390.740	0,10	-2,58
40.14. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	6.389	14.557.058	3,78	-2,64
40.16. Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening	12.269	219.493	0,06	-7,35
40.17. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie	138	65.302	0,02	24,33
40.18. Kostenpauschalen für die erforderliche Geräteausstattung im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	1	817	0,00	n. a.
Gebührenordnungsnummern ≥ 80000	463.513	3.219.943	0,84	1,96
<b>Gesamt</b>	<b>5.592.139</b>	<b>385.485.893</b>	<b>100,00</b>	<b>1,07</b>

<sup>1</sup> Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

<sup>2</sup> Anteile bezogen auf den Leistungsbedarf Gesamt in Prozent

<sup>3</sup> Veränderung zum Vorjahr 2021 in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



### 3.3 Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereich

Tabelle 3.3-1: Abgerechnete Leistungen nach Arztgruppen, Leistungsbereiche 2022

Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
					insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	An- teil <sup>2</sup> in %	Vor- jahr <sup>3</sup> in %	Arztgrup- penübergrei- fende Leis- tungen		Versor- gungsbe- reich
		allge- mein	spezi- ell	haus- ärzt- lich				fach- ärzt- lich		
Allgemeinmedi- zin	1.715.480	100.842.907	26,14	2,01	11,39	8,56	79,59	0,07	0,33	0,03
Anästhesiologie	23.082	4.133.210	1,07	-2,01	1,68	73,76	0,00	24,13	0,42	0,00
Augenheilkunde	177.146	11.359.560	2,94	-1,58	1,33	28,55	0,00	70,03	0,08	0,00
Chirurgie	52.365	4.723.068	1,22	-6,98	7,18	51,08	0,00	40,32	1,39	0,03
Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGBV (N.L.)	975.704	63.151.845	16,37	5,92	7,06	41,41	8,77	34,10	7,69	0,95
Fachwissen- schaftler	2.415	57.654	0,01	-2,05	12,63	80,27	0,00	5,01	2,10	0,00
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	357.090	19.324.054	5,01	-3,47	54,28	12,17	0,00	32,75	0,36	0,44
Gemeinschafts- praxen (fachun- gleich)	502.314	39.461.389	10,23	-0,49	9,84	36,80	9,73	39,13	3,38	1,11
Hals-Nase-Oh- ren-Heilkunde	161.184	8.941.055	2,32	5,96	2,56	16,13	0,00	80,83	0,41	0,01
Haut- und Ge- schlechtskrank- heiten	142.949	7.311.171	1,90	-0,73	14,92	31,78	0,00	52,59	0,52	0,19
Humangenetik	2.554	1.075.557	0,28	13,90	8,99	0,97	0,00	89,91	0,14	0,00
Internist	181.448	24.050.915	6,24	-2,35	6,96	12,68	0,00	52,16	25,78	2,42
Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und -psychothe- rapie	21.431	2.973.524	0,77	-0,69	0,73	16,26	0,00	45,99	0,02	37,00
Kinderarzt	193.175	15.093.741	3,91	7,20	17,28	5,31	75,81	0,04	0,15	0,23
Laboratoriums- medizin	379.337	4.428.082	1,15	0,30	3,33	91,84	0,00	2,84	1,98	0,00
Mund-Kiefer-Ge- sichtschirurgie	2.467	834.916	0,22	-0,82	0,87	90,70	0,00	8,34	0,10	0,00
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	27.016	2.215.050	0,57	-10,19	3,63	10,42	0,00	85,66	0,15	0,14

...

Arztgruppen	Anzahl abgerechneter Leistungen in Tsd.	Leistungsbedarf in Punkten			Anteil Punkte nach Leistungsbereichen in %					
					Arztgruppenübergreifende Leistungen		Versorgungsbereich		Kostenspau-schalen	GOP $\geq$ 80000
		insgesamt <sup>1</sup> in Tsd.	An-teil <sup>2</sup> in %	Vor-jahr <sup>3</sup> in %	allge-mein	spezi-ell	haus-ärztlich	fach-ärztlich		
Neurochirurgie	3.035	365.297	0,09	-7,72	1,64	57,82	0,00	40,40	0,14	0,00
Neurologie	32.279	2.587.939	0,67	9,04	4,31	15,68	0,00	79,84	0,15	0,02
Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	18.477	5.365.552	1,39	0,99	0,82	88,11	0,00	11,05	0,02	0,01
Nichtärztliche Psychotherapeuten	24.506	7.257.954	1,88	-1,72	0,69	90,84	0,00	8,45	0,02	0,00
Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	49.865	12.769.756	3,31	2,34	0,84	89,00	0,00	10,14	0,02	0,00
Nuklearmedizin	8.926	1.098.722	0,28	-6,26	0,33	35,63	0,00	46,70	17,34	0,00
Orthopädie	166.972	10.073.397	2,61	-1,69	4,40	35,87	0,01	58,11	1,60	0,01
Pathologie	33.628	2.859.140	0,74	-0,95	8,36	2,28	0,00	84,83	4,53	0,00
Phoniatrie und Pädaudiologie	3.503	256.369	0,07	6,07	2,29	6,83	0,00	90,63	0,19	0,01
Physikalische und rehabilitative Medizin	6.277	539.800	0,14	-2,48	3,55	36,28	0,00	60,08	0,08	0,01
Psychiatrie und Psychotherapie	31.200	2.585.943	0,67	1,44	5,17	20,44	0,00	74,19	0,10	0,09
Psychotherapeutische Medizin	16.511	4.311.048	1,12	-4,37	1,11	86,85	0,00	12,02	0,02	0,00
Radiologie	31.920	5.713.736	1,48	-2,55	3,98	87,56	0,00	7,39	1,07	0,00
Sonstige Leistungserbringer	122.054	11.880.179	3,08	3,30	32,53	21,20	1,12	6,84	38,22	0,08
Strahlentherapie	3.450	2.037.550	0,53	-26,84	0,15	1,03	0,00	98,52	0,25	0,05
Urologie	126.154	6.051.173	1,57	0,16	14,14	27,41	0,00	52,94	0,39	5,12

<sup>1</sup> Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

<sup>2</sup> Anteile bezogen auf den Leistungsbedarf Gesamt in Prozent

<sup>3</sup> Veränderung zum Vorjahr in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2024

## 4 Häufigste und umsatzstärkste Leistungen nach Arztgruppen

Im Folgenden werden sogenannte Hitlisten arztgruppenspezifisch ausgewiesen.

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

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

### 4.1 Häufigste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen

#### 4.1.1 Allgemeinmedizin

Tabelle 4.1-1: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Allgemeinmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	03020	165.978	332.675	9,68	9,68
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	163.785	23.354.700	9,55	19,22
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	163.155	1.418.771	9,51	28,73
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	118.479	473.759	6,91	35,64
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	95.726	12.442.555	5,58	41,22
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	94.387	9.269.248	5,50	46,72
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	03222	80.069	800.753	4,67	51,39
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	73.270	9.351.303	4,27	55,66
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03221	71.318	2.852.451	4,16	59,82

...

Allgemeinmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	56.903	9.413.726	3,32	63,14
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03040	03060	51.683	484.098	3,01	66,15
Zuschlag zur GOP 03060	03061	51.661	264.348	3,01	69,16
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	03005	26.321	5.877.972	1,53	70,69
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	03362	14.969	2.518.340	0,87	71,57
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	9.630	1.857.902	0,56	72,13
Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	01732	8.862	2.888.453	0,52	72,64
Besuch eines weiteren Kranken	01413	8.798	931.710	0,51	73,16
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	7.531	2.636	0,44	73,60
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	03002	7.448	1.185.743	0,43	74,03
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03360	7.340	829.163	0,43	74,46
GOP > 80000		226.352	34.231	13,19	87,65
Rest		211.816	14.258.371	12,35	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>1.715.480</b>	<b>100.842.907</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.1.2 Anästhesiologie

Tabelle 4.1-2: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Anästhesiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	05215	1.734	3.473	7,51	7,51
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	05227	1.703	5.108	7,38	14,89
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	05230	1.280	67.750	5,55	20,44
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	1.106	144.690	4,79	25,23
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	1.043	4.168	4,52	29,75
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	05211	864	82.111	3,74	33,49
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	05212	820	91.177	3,55	37,04
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	780	131.599	3,38	40,42
Zuschlag weitere 15 Minuten	05331	595	207.545	2,58	43,00
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	545	222.262	2,36	45,36
Zuschlag Hygiene	30703	543	1.086	2,35	47,71
Postoperative Überwachung 3	31503	495	241.230	2,14	49,85
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	05315	491	6.869	2,13	51,98
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	489	345.526	2,12	54,10
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	30701	482	4.333	2,09	56,19
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	469	887	2,03	58,22
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	461	224.369	2,00	60,22
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	370	108.092	1,60	61,82
Anästhesie oder Narkose 2	31822	288	386.960	1,25	63,07
Anästhesie oder Kurznarkose	05330	236	222.443	1,02	64,09
GOP > 80000		4.090	170	17,72	81,81
Sonstige		4.199	1.631.362	18,19	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>23.082</b>	<b>4.133.210</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.3 Augenheilkunde

Tabelle 4.1-3: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Augenheilkunde	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	06215	21.152	42.376	11,94	11,94
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	06227	20.743	41.539	11,71	23,65
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	06220	20.040	420.857	11,31	34,96
Zuschlag zur GOP 06220	06222	20.040	120.287	11,31	46,28
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	06225	17.105	2.143.883	9,66	55,93
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	06333	14.181	751.563	8,01	63,94
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	06212	13.829	1.885.282	7,81	71,74
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	13.566	54.258	7,66	79,40
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	06211	7.828	938.553	4,42	83,82
Perimetrie	06330	2.786	434.537	1,57	85,39
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	1.871	4.454	1,06	86,45
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	06321	1.764	361.587	1,00	87,45
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	06210	664	102.956	0,37	87,82
Verwaltungskomplex	01430	646	7.751	0,36	88,18
Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	06336	484	195.701	0,27	88,46
Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am linken Auge	06337	481	194.330	0,27	88,73
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	446	1.674.505	0,25	88,98
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320	444	107.516	0,25	89,23
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	430	141	0,24	89,48
Postoperative Überwachung 1	31501	430	60.644	0,24	89,72
GOP > 80000		13.262	272	7,49	97,20
Rest		4.953	1.816.569	2,80	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>177.146</b>	<b>11.359.560</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.1.4 Chirurgie

Tabelle 4.1-4: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Chirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	07215	5.634	11.286	10,76	10,76
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	07227	5.565	11.142	10,63	21,39
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	5.538	8.148	10,58	31,96
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	3.789	15.150	7,23	39,20
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	07220	3.615	115.658	6,90	46,10
Zuschlag zur GOP 07220	07222	3.614	32.511	6,90	53,00
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	07211	3.372	812.343	6,44	59,44
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	07212	2.201	612.277	4,20	63,64
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	1.885	4.720	3,60	67,24
Zuschlag Farbduplex	33075	898	33.215	1,72	68,96
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	746	291	1,42	70,38
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	708	112.502	1,35	71,73
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	704	66.195	1,34	73,08
Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	682	152.698	1,30	74,38
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	637	61.879	1,22	75,60
Phlebologischer Basiskomplex	30500	541	83.736	1,03	76,63
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	07311	524	114.221	1,00	77,63
Aufnahmen der Extremitäten	34233	436	42.087	0,83	78,47
Postoperative Überwachung 3	31503	308	150.483	0,59	79,05
Hämorrhoiden-Sklerosierung	30610	274	22.164	0,52	79,58
GOP > 80000		3.722	1.401	7,11	86,68
Rest		6.973	2.258.961	13,32	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>52.365</b>	<b>4.723.068</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

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

Tabelle 4.1-5: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriums- medizin u. a.	12220	51.630	332.344	5,29	5,29
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	32.703	103.085	3,35	8,64
Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	12230	30.790	184.856	3,16	11,80
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	28.115	112.431	2,88	14,68
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	27.488	634.363	2,82	17,50
Gamma-GT	32071	16.077	35.641	1,65	19,15
Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	16.050	71.130	1,64	20,79
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	15.134	33.545	1,55	22,34
GPT	32070	14.807	32.821	1,52	23,86
TSH	32101	13.759	365.700	1,41	25,27
CRP	32460	13.217	566.817	1,35	26,62
Kalium	32081	12.279	27.220	1,26	27,88
GOT	32069	11.968	26.525	1,23	29,11
Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	11.797	3.412.396	1,21	30,32
Natrium	32083	11.197	24.815	1,15	31,47
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	11.062	50.496	1,13	32,60
Harnsäure	32064	10.781	23.900	1,10	33,70
Glukose	32057	10.039	22.260	1,03	34,73
Zuschlag Hygiene	03020	9.886	19.806	1,01	35,75
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungs- positionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	9.732	1.366.676	1,00	36,74
GOP > 80000		48.167	603.076	4,94	41,68
Rest		569.026	55.101.942	58,32	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>975.704</b>	<b>63.151.845</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.1.6 Fachwissenschaftler

Tabelle 4.1-6: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Fachwissenschaftler	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriums- medizin u. a.	12220	225	660	9,30	9,30
Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	12230	212	1.273	8,78	18,08
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	145	321	6,00	24,08
Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	91	402	3,75	27,83
HbA1, HbA1c	32094	83	2.960	3,45	31,29
TSH	32101	75	1.990	3,09	34,38
GPT	32070	72	159	2,97	37,35
Glukose	32057	70	155	2,89	40,23
Kalium	32081	63	140	2,61	42,85
Gamma-GT	32071	62	138	2,57	45,42
CRP	32460	57	2.490	2,37	47,79
GOT	32069	56	123	2,30	50,09
LDL-Cholesterin	32062	55	121	2,27	52,36
Harnsäure	32064	54	120	2,24	54,59
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	52	1.210	2,17	56,77
Natrium	32083	52	115	2,14	58,91
Vitamine	32306	47	9.362	1,96	60,86
Cholesterin gesamt	32060	42	92	1,72	62,59
Alkalische Phosphatase	32068	37	82	1,54	64,13
Triglyceride	32063	36	81	1,51	65,63
GOP > 80000		5	0	0,21	65,84
Rest		825	35.659	34,16	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.415</b>	<b>57.654</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.1.7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tabelle 4.1-7: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	08215	30.813	61.742	8,63	8,63
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	30.104	124.720	8,43	17,06
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	08227	30.041	60.168	8,41	25,47
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	08220	28.927	693.978	8,10	33,57
Zuschlag zur GOP 08220	08222	28.924	173.603	8,10	41,67
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	08211	24.229	3.725.191	6,79	48,46
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	22.850	91.382	6,40	54,86
Orientierende Untersuchung	32030	15.612	69.286	4,37	59,23
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	10.964	24.329	3,07	62,30
Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	01822	10.406	1.175.725	2,91	65,21
Scheidensekret- Mikroskopie	01827	9.824	265.216	2,75	67,96
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	01701	9.704	48.460	2,72	70,68
Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	01760	7.719	1.227.100	2,16	72,84
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	08212	6.629	1.044.331	1,86	74,70
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.311	818.489	1,77	76,47
Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	01821	5.871	416.791	1,64	78,11
Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	01761	4.780	1.027.560	1,34	79,45
CTG	01786	3.174	433.707	0,89	80,34
Harnstreifentest	32033	3.091	13.717	0,87	81,20
Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	19331	2.598	70.131	0,73	81,93
GOP > 80000		16.602	85.906	4,65	86,58
Rest		47.917	7.672.525	13,42	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>357.090</b>	<b>19.324.054</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

#### 4.1.8 Gemeinschaftspraxen (fachungleich)

Tabelle 4.1-8: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	28.589	97.417	5,69	5,69
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	26.633	106.503	5,30	10,99
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	10.023	4.143	2,00	12,99
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	8.345	64.309	1,66	14,65
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	01752	8.108	187.836	1,61	16,26
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	7.580	28.734	1,51	17,77
Kostenpauschale für Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit den GOP 01752, 01756 und 01758 oder bei Versand bzw. Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien	40852	7.348	33.265	1,46	19,24
Zuschlag Hygiene	03020	7.348	14.728	1,46	20,70
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	7.160	1.017.671	1,43	22,12
Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	12230	6.162	36.978	1,23	23,35
Zuschlag Hygiene	24215	5.116	10.251	1,02	24,37
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	4.831	111.492	0,96	25,33
Zuschlag Hygiene	18215	4.781	9.581	0,95	26,28
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	4.676	9.367	0,93	27,21
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	4.475	424.624	0,89	28,11
Zuschlag Hygiene	21222	4.390	8.795	0,87	28,98
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	4.319	9.574	0,86	29,84
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.978	606.539	0,79	30,63
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	3.844	499.761	0,77	31,40
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	3.777	1.185.015	0,75	32,15
GOP > 80000		36.666	437.171	7,30	39,45
Rest		304.163	34.557.634	60,55	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>502.314</b>	<b>39.461.389</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.9 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Tabelle 4.1-9: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	09215	18.256	36.577	11,33	11,33
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.863	53.577	11,08	22,41
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	09227	17.822	35.693	11,06	33,47
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	17.530	473.104	10,88	44,34
Zuschlag zur GOP 09220	09222	17.530	122.684	10,88	55,22
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	12.671	50.666	7,86	63,08
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	09211	9.585	2.065.552	5,95	69,03
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	7.917	1.750.940	4,91	73,94
Lupenlaryngoskopie	09311	5.158	381.475	3,20	77,14
Tonschwellenaudiometrie	09320	3.120	455.445	1,94	79,07
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	09323	2.973	202.031	1,84	80,92
Spezifische allergologische Anamnese	30100	2.731	177.353	1,69	82,61
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09361	1.303	173.193	0,81	83,42
Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09360	1.298	76.534	0,81	84,23
Nasennebenhöhlen - Sonographie	33010	1.206	63.904	0,75	84,97
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	1.083	3.496	0,67	85,65
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.068	108.887	0,66	86,31
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	09324	828	86.079	0,51	86,82
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	09210	806	212.880	0,50	87,32
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	686	273	0,43	87,75
GOP > 80000		9.197	493	5,71	93,45
Rest		10.552	2.410.220	6,55	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>161.184</b>	<b>8.941.055</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

#### 4.1.10 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Tabelle 4.1-10: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	10215	17.220	34.482	12,05	12,05
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.167	67.301	12,01	24,06
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	10227	16.945	33.916	11,85	35,91
Zuschlag zur GOP 10220	10222	14.671	73.271	10,26	46,17
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	14.671	263.924	10,26	56,44
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	11.877	47.474	8,31	64,74
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	10211	9.616	1.446.154	6,73	71,47
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.495	1.154.901	5,24	76,71
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	01745	3.152	797.172	2,21	78,92
Spezifische allergologische Anamnese	30100	2.797	181.661	1,96	80,88
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.459	91.753	1,02	81,90
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.216	70.459	0,85	82,75
Zusatzpauschale Onkologie	10345	1.096	209.220	0,77	83,51
Selektive Phototherapie	30430	773	40.953	0,54	84,06
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	738	2.246	0,52	84,57
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	649	66.133	0,45	85,03
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	644	1.429	0,45	85,48
Kulturelle mykologische Untersuchung	32687	625	25.500	0,44	85,91
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	01740	607	70.266	0,42	86,34
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	605	78.014	0,42	86,76
GOP > 80000		7.592	13.618	5,31	92,07
Rest		11.332	2.541.323	7,93	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>142.949</b>	<b>7.311.171</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.11 Humangenetik

Tabelle 4.1-11: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Humangenetik	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation	11513	1.715	459.102	67,15	67,15
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	91	109.980	3,55	70,70
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	60	1.381	2,34	73,04
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	57	157	2,23	75,27
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	52	26.983	2,04	77,31
Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21	01870	40	65.135	1,55	78,86
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	40	54	1,55	80,41
Zuschlag Hygiene	11215	39	77	1,51	81,92
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	34	26.135	1,34	83,26
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	34	31.344	1,32	84,59
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	11211	33	14.271	1,29	85,87
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	29	115	1,12	87,00
Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	11301	28	6.313	1,10	88,10
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	22	12.253	0,87	88,97
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	21	11.480	0,81	89,78
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	11511	20	4.288	0,80	90,58
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	11	9.353	0,42	91,00
Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutation(en)	11518	11	6.859	0,41	91,42

...

Humangenetik	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Postnatale molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung	11503	10	4.310	0,41	91,83
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	10	7.955	0,40	92,23
GOP > 80000		4	0	0,17	92,40
Rest		194	278.012	7,60	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.554</b>	<b>1.075.557</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WidO 2024

## 4.1.12 Internist

Tabelle 4.1-12: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Internist	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.019	84.246	9,38	9,38
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	12.165	48.593	6,70	16,08
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	8.069	31.013	4,45	20,53
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	6.303	2.572	3,47	24,00
Zuschlag Hygiene	13546	5.639	11.285	3,11	27,11
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	13547	5.524	11.050	3,04	30,16
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	4.391	653.753	2,42	32,58
Zuschlag Hygiene	13645	4.189	8.379	2,31	34,89
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.132	966.202	2,28	37,16
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	13647	4.097	24.542	2,26	39,42
Zusatzpauschale Kardiologie	13545	3.723	2.743.775	2,05	41,47
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.247	1.015.433	1,79	43,26
Zuschlag Hygiene	13395	2.465	4.941	1,36	44,62
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	13397	2.397	4.800	1,32	45,94
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.327	512.332	1,28	47,22
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.295	346.109	1,26	48,49
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	13641	1.861	404.830	1,03	49,51
Glucose	32025	1.756	24.937	0,97	50,48
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	13541	1.513	341.284	0,83	51,32
Spezifische allergologische Anamnese	30100	1.309	84.884	0,72	52,04
GOP > 80000		13.325	581.723	7,34	59,38
Rest		73.703	16.144.231	40,62	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>181.448</b>	<b>24.050.915</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



### 4.1.13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tabelle 4.1-13: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.195	482.437	14,91	14,91
Testverfahren, psychometrische	35601	2.687	104.752	12,54	27,44
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.325	265.013	10,85	38,29
Testverfahren, standardisierte	35600	1.605	54.543	7,49	45,78
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.488	174.926	6,94	52,73
Zuschlag Hygiene	14215	966	1.937	4,51	57,23
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	951	182.431	4,44	61,67
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	14217	936	1.876	4,37	66,04
Zuschlag zur GOP 14214	14216	925	21.260	4,32	70,36
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	925	78.573	4,32	74,67
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	615	2.459	2,87	77,54
Psychiatrische Betreuung	14240	575	111.557	2,68	80,22
Verfahren, projektive	35602	516	28.908	2,41	82,63
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	321	17.324	1,50	84,13
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	278	128.526	1,30	85,43
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	104	344	0,48	85,91
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	98	2.477	0,46	86,37
Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	30300	74	6.460	0,35	86,72
Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1	01433	62	9.574	0,29	87,01
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	14313	51	19.401	0,24	87,25
GOP > 80000		2.217	1.100.302	10,34	97,59
Rest		516	178.445	2,41	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>21.431</b>	<b>2.973.524</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.1.14 Kinderarzt

Tabelle 4.1-14: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Kinderarzt	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	04020	23.167	46.398	11,99	11,99
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	22.877	161.106	11,84	23,84
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	04040	22.865	3.309.407	11,84	35,67
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	16.067	64.238	8,32	43,99
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	04002	14.205	2.364.206	7,35	51,34
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	04230	9.660	1.063.893	5,00	56,34
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	04001	8.776	2.295.239	4,54	60,89
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04220	4.971	645.941	2,57	63,46
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	04222	4.854	48.520	2,51	65,97
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04221	3.057	122.203	1,58	67,55
Testverfahren, standardisierte	35600	2.361	80.256	1,22	68,78
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	04355	2.190	397.534	1,13	69,91
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	04354	1.894	143.904	0,98	70,89
Testverfahren, psychometrische	35601	1.870	72.883	0,97	71,86
Harnstreifentest	32033	1.463	6.492	0,76	72,62
Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	01435	1.272	111.878	0,66	73,28
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	1.005	3.763	0,52	73,80
Spezifische allergologische Anamnese	30100	987	64.065	0,51	74,31
Zusatzpauschale im Zusammenhang mit der GOP 32779 oder 32816	02402	876	63.928	0,45	74,76
Notfallpauschale II	01212	808	157.576	0,42	75,18
GOP > 80000		23.200	34.560	12,01	87,19
Rest		24.750	3.835.750	12,81	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>193.175</b>	<b>15.093.741</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

### 4.1.15 Laboratoriumsmedizin

Tabelle 4.1-15: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Laboratoriumsmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	22.418	99.380	5,91	5,91
Gamma-GT	32071	21.828	48.402	5,75	11,66
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.357	42.947	5,10	16,77
GPT	32070	18.580	41.196	4,90	21,66
Kalium	32081	16.128	35.759	4,25	25,92
TSH	32101	15.750	418.870	4,15	30,07
Glukose	32057	15.194	33.693	4,01	34,07
GOT	32069	14.816	32.850	3,91	37,98
Harnsäure	32064	14.463	32.064	3,81	41,79
Natrium	32083	13.407	29.727	3,53	45,33
Cholesterin gesamt	32060	12.449	27.606	3,28	48,61
HbA1, HbA1c	32094	12.345	437.923	3,25	51,86
LDL-Cholesterin	32062	11.136	24.691	2,94	54,80
Triglyceride	32063	10.624	23.559	2,80	57,60
Kreatinin, enzymatisch	32067	10.038	35.546	2,65	60,25
Calcium	32082	9.788	21.703	2,58	62,83
Alkalische Phosphatase	32068	9.649	21.393	2,54	65,37
HDL-Cholesterin	32061	9.331	20.690	2,46	67,83
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriums- medizin u. a.	12220	8.445	61.244	2,23	70,06
CRP	32128	7.685	78.446	2,03	72,08
GOP > 80000		2.239	154	0,59	72,67
Rest		103.666	2.860.237	27,33	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>379.337</b>	<b>4.428.082</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Tabelle 4.1-16: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	15215	401	806	16,27	16,27
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	15211	214	28.765	8,67	24,94
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	202	25.570	8,20	33,14
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	184	736	7,46	40,61
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	167	458	6,77	47,38
Postoperative Überwachung 4	31504	118	81.907	4,78	52,16
Postoperative Überwachung 3	31503	84	41.033	3,41	55,57
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	62	10.983	2,50	58,07
Zusatzpauschale Onkologie	15345	54	10.407	2,21	60,28
Postoperative Überwachung 2	31502	49	11.789	1,97	62,25
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	31644	47	3.978	1,90	64,14
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	46	65.523	1,85	65,99
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	45	94.126	1,82	67,81
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	43	89.137	1,76	69,57
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	40	58.082	1,64	71,20
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	38	17.555	1,54	72,74
Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	34211	37	2.622	1,51	74,25
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	35	15.713	1,42	75,67
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	35	30.836	1,41	77,08
Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	31646	27	4.766	1,09	78,17
GOP > 80000		188	20	7,63	85,79
Rest		350	240.101	14,21	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.467</b>	<b>834.916</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.17 Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Tabelle 4.1-17: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	21222	2.557	5.121	9,47	9,47
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	2.512	15.072	9,30	18,76
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	2.458	95.831	9,10	27,86
Zuschlag zur GOP 21225	21226	2.458	24.578	9,10	36,96
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	2.403	1.983	8,89	45,85
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	2.085	308.230	7,72	53,57
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	1.803	7.209	6,67	60,24
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.455	365.817	5,39	65,63
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21214	1.222	302.292	4,52	70,15
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	783	115.885	2,90	73,05
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	514	1.589	1,90	74,95
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	419	142.540	1,55	76,51
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	414	168	1,53	78,04
Zuschlag Fremdanamnese	21216	409	84.241	1,51	79,55
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	378	128.528	1,40	80,95
Besuch eines weiteren Kranken	01413	331	35.112	1,23	82,18
Verwaltungskomplex	01430	225	2.695	0,83	83,01
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuro-muskulären Erkrankung	16322	209	43.732	0,77	83,78
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	182	68.628	0,67	84,46
Zuschlag zur GOP 01413	37113	178	18.826	0,66	85,12
GOP > 80000		1.829	3.137	6,77	91,89
Rest		2.192	443.835	8,11	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>27.016</b>	<b>2.215.050</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.18 Neurochirurgie

Tabelle 4.1-18: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Neurochirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	284	1.373	9,35	9,35
Zuschlag Hygiene	16214	273	546	8,99	18,34
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	267	1.600	8,78	27,12
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	210	31.570	6,93	34,05
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	201	802	6,61	40,66
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	180	7.025	5,94	46,60
Zuschlag zur GOP 16215	16217	180	1.802	5,94	52,53
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	140	26.736	4,60	57,13
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	16211	135	25.674	4,45	61,58
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	106	19.688	3,51	65,08
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	88	304	2,89	67,97
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	64	42.518	2,10	70,08
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	59	25	1,93	72,01
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	52	37.281	1,71	73,72
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	44	14.808	1,43	75,15
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	37	7.460	1,24	76,39
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	26	9.778	0,85	77,24
Durchleuchtung(en)	34280	24	2.291	0,80	78,04
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	23	4.782	0,75	78,80
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	21	5.064	0,70	79,49
GOP > 80000		310	15	10,20	89,69
Rest		313	124.154	10,31	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.035</b>	<b>365.297</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.19 Neurologie

Tabelle 4.1-19: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Neurologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	16214	3.045	6.098	9,43	9,43
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	16218	2.989	17.932	9,26	18,69
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	2.936	4.591	9,09	27,79
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.761	27.598	8,55	36,34
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.761	107.600	8,55	44,89
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	2.747	416.003	8,51	53,40
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	2.224	8.890	6,89	60,29
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.755	328.139	5,44	65,73
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	16211	1.341	251.833	4,15	69,88
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	1.186	403.074	3,68	73,56
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	908	2.828	2,81	76,37
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	750	308	2,32	78,69
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	16322	542	113.219	1,68	80,37
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	391	146.939	1,21	81,59
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	315	42.693	0,98	82,56
EEG	16310	246	67.527	0,76	83,33
Verwaltungskomplex	01430	211	2.533	0,65	83,98
Zuschlag Farbduplex	33075	208	7.707	0,65	84,62
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	203	53.452	0,63	85,25
Besuch eines weiteren Kranken	01413	199	21.101	0,62	85,87
GOP > 80000		1.739	629	5,39	91,26
Rest		2.821	557.244	8,74	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>32.279</b>	<b>2.587.939</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.20 Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Tabelle 4.1-20: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.592	165.055	14,03	14,03
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.682	253.033	9,10	23,13
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.514	699.308	8,19	31,33
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	1.375	43.126	7,44	38,77
Testverfahren, standardisierte	35600	1.306	44.342	7,07	45,83
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	913	269.598	4,94	50,78
Zuschlag Hygiene	23215	909	1.821	4,92	55,70
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	684	95.087	3,70	59,40
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	621	572.171	3,36	62,77
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	585	539.205	3,17	65,93
Verfahren, projektive	35602	573	32.060	3,10	69,03
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	572	526.569	3,10	72,13
Probatorische Sitzung	35150	411	291.072	2,22	74,35
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	402	370.246	2,17	76,52
Testverfahren, psychometrische	35601	400	15.602	2,17	78,69
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	390	359.218	2,11	80,80
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	384	1.533	2,08	82,88
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	310	52.601	1,68	84,56
Zuschlag zur GOP 23216	23218	310	14.233	1,68	86,23
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	296	136.791	1,60	87,84
GOP > 80000		454	277	2,46	90,29
Rest		1.793	882.606	9,71	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>18.477</b>	<b>5.365.552</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.1.21 Nichtärztliche Psychotherapeuten

Tabelle 4.1-21: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	4.139	274.040	16,89	16,89
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.557	384.759	10,43	27,32
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	1.616	1.486.999	6,60	33,92
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	1.558	51.134	6,36	40,27
Zuschlag Hygiene	23215	1.412	2.829	5,76	46,04
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.369	632.194	5,59	51,62
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	1.314	1.209.236	5,36	56,98
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	1.145	91.244	4,67	61,66
Testverfahren, standardisierte	35600	836	28.400	3,41	65,07
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	827	114.838	3,38	68,44
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	724	666.664	2,95	71,40
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	644	2.576	2,63	74,03
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	616	567.042	2,51	76,54
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	582	268.189	2,37	78,92
Zuschlag zur GOP 23216	23218	462	21.208	1,88	80,80
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	462	78.377	1,88	82,69
Probatorische Sitzung	35150	411	291.047	1,68	84,36
Zuschlag Videosprechstunde	01450	406	12.888	1,66	86,02
Zuschlag Gruppentherapie	35572	333	10.012	1,36	87,38
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	231	17.006	0,94	88,32
GOP > 80000		620	2	2,53	90,85
Rest		2.241	1.047.270	9,15	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>24.506</b>	<b>7.257.954</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.22 Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten

Tabelle 4.1-22: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	6.370	412.263	12,77	12,77
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	5.318	807.119	10,67	23,44
Testverfahren, standardisierte	35600	4.211	143.049	8,44	31,88
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	3.361	108.731	6,74	38,62
Zuschlag Hygiene	23215	3.136	6.278	6,29	44,91
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	3.084	1.424.615	6,19	51,10
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	2.979	2.741.128	5,97	57,07
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	2.600	207.119	5,21	62,28
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	2.575	2.371.857	5,16	67,45
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	2.363	328.105	4,74	72,19
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	1.942	1.787.688	3,89	76,08
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	1.428	5.708	2,86	78,95
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	1.078	496.580	2,16	81,11
Zuschlag zur GOP 23216	23218	1.037	47.603	2,08	83,19
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	1.037	175.915	2,08	85,27
Probatorische Sitzung	35150	981	694.964	1,97	87,23
Zuschlag Videosprechstunde	01450	735	23.599	1,47	88,71
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	564	2.280	1,13	89,84
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	561	41.237	1,12	90,96
Biographische Anamnese	35140	498	352.211	1,00	91,96
GOP > 80000		1.614	9	3,24	95,20
Rest		2.394	591.696	4,80	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>49.865</b>	<b>12.769.756</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.23 Nuklearmedizin

Tabelle 4.1-23: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nuklearmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Konsiliarpauschale	17210	796	74.530	8,91	8,91
Zuschlag Hygiene	17215	795	1.595	8,91	17,82
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	754	3.397	8,45	26,27
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	705	2.604	7,90	34,17
TSH	32101	517	13.759	5,79	39,96
Schilddrüsen - Sonographie	33012	511	39.321	5,72	45,68
ft4	32320	500	16.386	5,60	51,28
ft3	32321	498	16.322	5,58	56,86
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	452	1.807	5,06	61,92
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	402	26.693	4,50	66,42
Sonographie der Gesichtswichteile und/oder Halswichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	306	24.166	3,43	69,84
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	269	24.579	3,02	72,86
Thyreoglobulin	32420	264	40.688	2,96	75,82
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	224	81	2,51	78,33
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	190	183.073	2,13	80,46
Calcitonin	32410	185	24.429	2,07	82,53
Tc-99m-Perthecnetat (Schilddrüse)	40500	155	4.409	1,74	84,27
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	149	52.282	1,67	85,94
Vitamin D	32413	129	20.996	1,44	87,38
Tc-99m-markierte Perfusionsmarker (Herz, Schilddrüse)	40520	127	87.632	1,42	88,80
GOP > 80000		68	13	0,76	89,57
Rest		931	439.959	10,43	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>8.926</b>	<b>1.098.722</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.24 Orthopädie

Tabelle 4.1-24: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Orthopädie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	18215	17.744	35.512	10,63	10,63
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	18227	17.390	34.789	10,42	21,04
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.348	23.477	10,39	31,43
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	14.801	458.398	8,86	40,30
Zuschlag zur GOP 18220	18222	14.800	118.291	8,86	49,16
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	12.058	48.157	7,22	56,38
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	18211	9.429	1.903.161	5,65	62,03
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.123	1.892.652	4,87	66,89
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.455	747.404	2,67	69,56
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.004	284.020	2,40	71,96
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.407	163.409	2,04	74,00
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	2.934	9.167	1,76	75,76
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.556	556.325	1,53	77,29
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	2.425	402.319	1,45	78,74
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.845	125.388	1,11	79,85
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	1.754	718	1,05	80,90
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.675	163.167	1,00	81,90
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	1.669	230.520	1,00	82,90
Abdrücke und Modelle I	31941	1.528	86.936	0,92	83,81
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.291	126.779	0,77	84,59
GOP > 80000		9.434	692	5,65	90,24
Rest		16.300	2.662.115	9,76	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>166.972</b>	<b>10.073.397</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.1.25 Pathologie

Tabelle 4.1-25: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Pathologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	9.977	827.457	29,67	29,67
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315, 19318 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	9.868	502.693	29,34	59,01
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	5.610	129.453	16,68	75,69
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.732	422.068	5,15	80,84
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01762	1.121	90.765	3,33	84,18
Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	01701	447	2.234	1,33	85,51
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	364	37.157	1,08	86,59
Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	19318	338	19.609	1,01	87,60
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	334	114	0,99	88,59
HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01763	303	48.423	0,90	89,49
Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	19424	165	88.828	0,49	89,98
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	143	23	0,43	90,41
Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	19315	135	11.208	0,40	90,81
Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	01826	134	7.759	0,40	91,21
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19421	128	26.919	0,38	91,59
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	121	25.507	0,36	91,95
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	01766	102	29.322	0,30	92,25
Histologie bei Früherkennungskoloskopie	01743	100	13.144	0,30	92,55
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	97	34.276	0,29	92,84

...

Pathologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	01768	88	21.917	0,26	93,10
GOP > 80000		1.294	2	3,85	96,95
Rest		1.026	520.262	3,05	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>33.628</b>	<b>2.859.140</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

#### 4.1.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Tabelle 4.1-26: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	321	799	9,16	9,16
Zuschlag Hygiene	20215	220	442	6,28	15,44
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	220	878	6,27	21,71
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	20227	211	424	6,03	27,74
Zuschlag zur GOP 20220	20222	151	1.057	4,31	32,05
Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	151	4.075	4,31	36,36
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	20211	121	25.109	3,46	39,82
Tonschwellenaudiometrie	20320	111	16.252	3,18	43,00
Zuschlag Hygiene	09215	105	211	3,00	46,00
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	09227	100	200	2,85	48,84
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	100	2.689	2,84	51,69
Zuschlag zur GOP 09220	09222	100	697	2,84	54,53
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	98	15.876	2,80	57,33
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	94	9.811	2,69	60,02
Testverfahren, psychometrische	35601	88	3.416	2,50	62,52
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	83	11.468	2,36	64,88
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	67	190	1,92	66,80
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20336	67	10.163	1,91	68,71
Testverfahren, standardisierte	35600	65	2.214	1,86	70,57
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	64	19.464	1,84	72,41
GOP > 80000		166	14	4,73	77,13
Rest		801	130.920	22,87	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.503</b>	<b>256.369</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.27 Physikalische und rehabilitative Medizin

Tabelle 4.1-27: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	724	1.288	11,53	11,53
Zuschlag Hygiene	27215	701	1.403	11,17	22,70
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	27227	700	1.401	11,16	33,85
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	487	1.949	7,76	41,62
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	27211	358	84.666	5,70	47,31
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	346	88.179	5,51	52,83
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	232	15.004	3,69	56,52
Zuschlag zur GOP 27220	27222	232	3.925	3,69	60,21
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	226	93.780	3,60	63,81
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	225	15.969	3,58	67,40
Ganzkörperstatus	27310	175	18.696	2,78	70,18
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	169	28.100	2,70	72,88
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	126	8.431	2,00	74,88
Massagetherapie	30400	93	6.902	1,49	76,37
Wärmetherapie	02510	90	1.888	1,43	77,80
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	81	5.924	1,29	79,09
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	70	3.358	1,11	80,21
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	66	6.172	1,05	81,26
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	55	10.673	0,88	82,14
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	55	208	0,88	83,01
GOP > 80000		227	51	3,61	86,63
Rest		839	141.832	13,37	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>6.277</b>	<b>539.800</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.1.28 Psychiatrie und Psychotherapie

Tabelle 4.1-28: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Psychiatrie und Psychotherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	4.402	663.792	14,11	14,11
Zuschlag Hygiene	21222	2.702	5.411	8,66	22,77
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	2.633	3.042	8,44	31,21
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	21227	2.449	14.698	7,85	39,06
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.411	106.054	7,73	46,79
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.411	28.918	7,73	54,52
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	1.854	7.416	5,94	60,46
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21211	1.551	296.539	4,97	65,43
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	1.017	191.199	3,26	68,69
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	601	204.170	1,92	70,62
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	01950	445	20.472	1,43	72,04
Zuschlag Fremdanamnese	21216	398	82.034	1,28	73,32
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	373	140.567	1,20	74,51
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	331	152.719	1,06	75,57
Besuch eines weiteren Kranken	01413	307	32.556	0,98	76,56
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	278	868	0,89	77,45
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	230	91	0,74	78,19
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	21228	207	1.242	0,66	78,85
Zuschlag zur GOP 21225	21226	200	1.998	0,64	79,49
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	200	7.791	0,64	80,13
GOP > 80000		2.944	2.323	9,44	89,57
Rest		3.255	622.041	10,43	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>31.200</b>	<b>2.585.943</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.29 Psychotherapeutische Medizin

Tabelle 4.1-29: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Psychotherapeutische Medizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.040	126.840	12,35	12,35
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.103	166.994	6,68	19,04
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	937	29.081	5,68	24,71
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	929	429.385	5,63	30,34
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	763	702.484	4,62	34,97
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	650	98.621	3,93	38,90
Zuschlag Hygiene	23215	624	1.250	3,78	42,68
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	620	2.480	3,76	46,44
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	604	83.847	3,66	50,09
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	505	465.271	3,06	53,15
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	491	38.798	2,98	56,13
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	425	391.717	2,58	58,71
Zuschlag Hygiene	22215	406	814	2,46	61,17
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	22219	400	801	2,42	63,59
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	393	362.025	2,38	65,97
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	22211	322	56.307	1,95	67,92
Testverfahren, standardisierte	35600	318	10.801	1,93	69,85
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	308	142.198	1,87	71,71
Psychosomatik (Einzelbehandlung)	22221	283	43.109	1,71	73,43
Zuschlag Gruppentherapie	35572	279	8.114	1,69	75,12
GOP > 80000		812	16	4,92	80,03
Rest		3.297	1.150.096	19,97	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>16.511</b>	<b>4.311.048</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.30 Radiologie

Tabelle 4.1-30: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Radiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag Hygiene	24215	5.060	10.130	15,85	15,85
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	3.768	1.586	11,80	27,66
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	2.841	11.358	8,90	36,56
Konsiliarpauschale 6. – 59. Lebensjahr	24211	2.600	172.818	8,15	44,70
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.441	194.125	7,65	52,35
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	2.386	8.915	7,47	59,82
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	958	1.008.178	3,00	62,82
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	872	917.410	2,73	65,55
Kostenpauschale für Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit den GOP 01752, 01756 und 01758 oder bei Versand bzw. Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien	40852	729	3.300	2,28	67,84
Mammographie	34270	721	197.410	2,26	70,10
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	01752	586	13.706	1,84	71,93
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	532	77.604	1,67	73,60
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	526	176.387	1,65	75,24
Weitere Sequenzen nach Kontrastmittelinbringung	34452	482	183.157	1,51	76,76
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	475	500.319	1,49	78,24
CT-Untersuchung des Thorax	34330	422	247.476	1,32	79,57
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	408	40.359	1,28	80,84
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	381	275.900	1,19	82,04
Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	34230	351	25.963	1,10	83,14
Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40104	317	14.351	0,99	84,13
GOP > 80000		868	81	2,72	86,85
Rest		4.197	1.633.203	13,15	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>31.920</b>	<b>5.713.736</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.31 Sonstige Leistungserbringer

Tabelle 4.1-31: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Sonstige Leistungserbringer	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Notfallpauschale II	01212	8.552	1.667.588	7,01	7,01
Notfallpauschale I	01210	4.863	583.533	3,98	10,99
Kalium	32081	2.515	5.580	2,06	13,05
Natrium	32083	2.489	5.522	2,04	15,09
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämo- dialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.377	354.166	1,95	17,04
Glukose	32057	1.986	4.408	1,63	18,66
GPT	32070	1.899	4.213	1,56	20,22
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	1.853	4.113	1,52	21,74
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	1.852	8.221	1,52	23,26
Calcium	32082	1.695	3.762	1,39	24,65
Gamma-GT	32071	1.682	3.731	1,38	26,02
Quick-Wert, Plasma	32113	1.576	8.395	1,29	27,31
PTT	32112	1.549	8.250	1,27	28,58
TSH	32101	1.492	39.738	1,22	29,81
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.482	146.731	1,21	31,02
GOT	32069	1.420	3.152	1,16	32,18
Bilirubin gesamt	32058	1.272	2.823	1,04	33,23
Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	01752	1.254	27.194	1,03	34,25
CRP	32128	1.203	12.281	0,99	35,24
LDH	32075	1.192	2.645	0,98	36,22
GOP > 80000		25.948	9.061	21,26	57,48
Rest		51.902	8.975.073	42,52	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>122.054</b>	<b>11.880.179</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.32 Strahlentherapie

Tabelle 4.1-32: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Strahlentherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	25321	786	678.960	22,77	22,77
Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	25324	578	130.771	16,74	39,51
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	25316	309	127.572	8,95	48,46
Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	25327	282	117.946	8,17	56,63
Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis >= 2,5 Gy bei bösartiger Erkrankung	25328	236	107.150	6,83	63,46
Zuschlag Hygiene	25215	167	333	4,83	68,29
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	130	575	3,76	72,05
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	111	48	3,23	75,28
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	104	417	3,02	78,30
Bestrahlungsplanung III	25342	87	388.034	2,52	80,82
Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	25317	80	15.279	2,32	83,14
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	73	25.562	2,13	85,27
Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	25325	67	14.686	1,94	87,20
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	66	7.599	1,92	89,12
Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	25211	62	70.098	1,79	90,91
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	58	20.560	1,69	92,60
Bestrahlungsplanung II	25341	47	153.226	1,36	93,95
Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	25343	40	125.876	1,16	95,11
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	36	10.091	1,05	96,16
Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	25318	25	4.651	0,71	96,87
GOP > 80000		38	945	1,10	97,97
Rest		70	37.170	2,03	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.450</b>	<b>2.037.550</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.1.33 Urologie

Tabelle 4.1-33: Die 20 häufigsten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Urologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	11.042	121.164	8,75	8,75
Zuschlag Hygiene	26215	11.041	22.113	8,75	17,50
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	26227	10.865	21.750	8,61	26,12
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.728	270.293	6,13	32,24
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.726	69.479	6,12	38,37
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.573	1.597.816	6,00	44,37
Zuschlag Notfalldatensatz	01641	7.520	30.056	5,96	50,33
Uro-Genital-Sonographie	33043	5.988	489.609	4,75	55,08
Harnstreifentest	32033	5.794	25.716	4,59	59,67
Harn-Mikroskopie	32031	4.955	10.995	3,93	63,60
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	26211	3.532	635.578	2,80	66,40
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	01731	2.751	395.846	2,18	68,58
Urinuntersuchung	32720	2.047	99.870	1,62	70,20
Orientierende Untersuchung	32030	1.904	8.449	1,51	71,71
Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	40110	1.768	6.477	1,40	73,11
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials	32045	1.610	3.573	1,28	74,39
Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	32151	1.368	13.967	1,08	75,47
Abdominelle Sonographie	33042	1.229	171.853	0,97	76,45
Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes	40111	1.220	477	0,97	77,41
Erythrozytenzählung	32035	890	1.975	0,71	78,12
GOP > 80000		8.319	309.577	6,59	84,71
Rest		19.285	1.744.538	15,29	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>126.154</b>	<b>6.051.173</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2024

## 4.2 Umsatzstärkste Gebührenordnungsziffern nach Arztgruppen

### 4.2.1 Allgemeinmedizin

Tabelle 4.2-1: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Allgemeinmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumuliert in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	163.785	23.354.700	23,16	23,16
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	95.726	12.442.555	12,34	35,50
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	56.903	9.413.726	9,34	44,83
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	73.270	9.351.303	9,27	54,11
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	94.387	9.269.248	9,19	63,30
Versichertenpauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres	03005	26.321	5.877.972	5,83	69,13
Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	01732	8.862	2.888.453	2,86	71,99
Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03221	71.318	2.852.451	2,83	74,82
Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	03362	14.969	2.518.340	2,50	77,32
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	9.630	1.857.902	1,84	79,16
Besuch	01410	6.887	1.454.464	1,44	80,60
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	163.155	1.418.771	1,41	82,01
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	6.160	1.188.598	1,18	83,19
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	03002	7.448	1.185.743	1,18	84,36
Besuch eines weiteren Kranken	01413	8.798	931.710	0,92	85,29
Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	03360	7.340	829.163	0,82	86,11
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	03222	80.069	800.753	0,79	86,90
Abdominelle Sonographie	33042	4.983	696.995	0,69	87,59

...

Allgemeinmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumuliert in %
Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	01415	964	516.241	0,51	88,11
Zuschlag zur GOP 01413	37113	4.763	504.144	0,50	88,61
GOP > 80000		226.352	34.231	0,03	88,64
Rest		583.389	11.455.443	11,36	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>1.715.480</b>	<b>100.842.907</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.2.2 Anästhesiologie

Tabelle 4.2-2: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Anästhesiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Anästhesie oder Narkose 2	31822	288	386.960	9,36	9,36
Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	31841	489	345.526	8,36	17,72
Postoperative Überwachung 3	31503	495	241.230	5,84	23,56
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	461	224.369	5,43	28,99
Anästhesie oder Kurznarkose	05330	236	222.443	5,38	34,37
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	545	222.262	5,38	39,75
Anästhesie oder Narkose 3	31823	131	221.737	5,36	45,11
Zuschlag weitere 15 Minuten	05331	595	207.545	5,02	50,13
Anästhesie oder Narkose 4	31824	87	176.904	4,28	54,41
Anästhesie oder Narkose 5	31825	55	151.846	3,67	58,09
Präanästhesiologische Untersuchung	05310	1.106	144.690	3,50	61,59
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	780	131.599	3,18	64,77
Anästhesie oder Kurznarkose 1	31821	115	114.933	2,78	67,55
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	370	108.092	2,62	70,17
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	05212	820	91.177	2,21	72,37
Beobachtung und Betreuung	05350	204	87.762	2,12	74,50
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	05211	864	82.111	1,99	76,48
Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	31828	221	76.988	1,86	78,35
Anästhesie oder Narkose 7	31827	22	74.878	1,81	80,16
Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	05230	1.280	67.750	1,64	81,80
GOP > 80000		4.090	170	0,00	81,80
Rest		9.830	752.237	18,20	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>23.082</b>	<b>4.133.210</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.3 Augenheilkunde

Tabelle 4.2-3: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Augenheilkunde	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	06225	17.105	2.143.883	18,87	18,87
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	06212	13.829	1.885.282	16,60	35,47
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	446	1.674.505	14,74	50,21
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	06211	7.828	938.553	8,26	58,47
Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	06333	14.181	751.563	6,62	65,09
Perimetrie	06330	2.786	434.537	3,83	68,91
Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	06220	20.040	420.857	3,70	72,62
Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	06321	1.764	361.587	3,18	75,80
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	31341	408	312.837	2,75	78,56
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	31371	169	284.047	2,50	81,06
Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	31372	167	280.169	2,47	83,52
Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	06336	484	195.701	1,72	85,25
Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am linken Auge	06337	481	194.330	1,71	86,96
Zuschlag zur GOP 06220	06222	20.040	120.287	1,06	88,02
Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	06320	444	107.516	0,95	88,96
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	31718	290	106.551	0,94	89,90
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	06210	664	102.956	0,91	90,81
Postoperative Überwachung 3	31503	180	88.051	0,78	91,58
Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	31719	263	79.148	0,70	92,28
Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	31342	55	65.363	0,58	92,85
GOP > 80000		13.262	272	0,00	92,86
Rest		62.260	811.566	7,14	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>177.146</b>	<b>11.359.560</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiO 2024

## 4.2.4 Chirurgie

Tabelle 4.2-4: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Chirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	07211	3.372	812.343	17,20	17,20
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	07212	2.201	612.277	12,96	30,16
Eingriff der Kategorie C2	31122	110	169.875	3,60	33,76
Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	33072	682	152.698	3,23	36,99
Postoperative Überwachung 3	31503	308	150.483	3,19	40,18
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	161	142.183	3,01	43,19
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	95	136.594	2,89	46,08
Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	07220	3.615	115.658	2,45	48,53
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	07311	524	114.221	2,42	50,95
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	708	112.502	2,38	53,33
Phlebologischer Basiskomplex	30500	541	83.736	1,77	55,10
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	31132	39	75.835	1,61	56,71
Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	30600	704	66.195	1,40	58,11
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	41	65.860	1,39	59,50
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	637	61.879	1,31	60,82
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	35	51.008	1,08	61,90
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	24	48.955	1,04	62,93
Postoperative Überwachung 5	31505	46	44.499	0,94	63,87
Postoperative Überwachung 2	31502	183	44.376	0,94	64,81
Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	31204	15	43.843	0,93	65,74
GOP > 80000		3.722	1.401	0,03	65,77
Rest		34.603	1.616.647	34,23	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>52.365</b>	<b>4.723.068</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

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

Tabelle 4.2-5: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGB V (N.L.)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	11.797	3.412.396	5,40	5,40
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	727	3.084.925	4,88	10,29
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	25321	1.692	1.462.587	2,32	12,60
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	9.732	1.366.676	2,16	14,77
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation	11513	3.590	1.026.154	1,62	16,39
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	866	911.295	1,44	17,84
MRT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	794	835.477	1,32	19,16
Bestrahlungsplanung III	25342	179	799.907	1,27	20,43
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	5.719	743.484	1,18	21,60
Zusatzpauschale Kardiologie	13545	962	709.995	1,12	22,73
Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	31351	176	659.582	1,04	23,77
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	27.488	634.363	1,00	24,78
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	6.440	603.495	0,96	25,73
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	3.525	573.436	0,91	26,64
CRP	32460	13.217	566.817	0,90	27,54
Vitamin D	32413	3.480	558.629	0,88	28,42
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	1.209	539.518	0,85	29,28
Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	03003	4.239	535.042	0,85	30,12
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	2.184	497.995	0,79	30,91
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	18211	2.474	487.910	0,77	31,69
GOP > 80000		48.167	603.076	0,95	32,64
Rest		827.047	42.539.088	67,36	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>975.704</b>	<b>63.151.845</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

## 4.2.6 Fachwissenschaftler

Tabelle 4.2-6: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Fachwissenschaftler	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Vitamine	32306	47	9.362	16,24	16,24
Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie	32314	9	4.038	7,00	23,24
HbA1, HbA1c	32094	83	2.960	5,13	28,38
CRP	32460	57	2.490	4,32	32,70
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	36	2.286	3,96	36,66
TSH	32101	75	1.990	3,45	40,11
Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/ Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	32097	11	1.827	3,17	43,28
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01762	21	1.672	2,90	46,18
Zuschlag zu den GOP 12210 und 12220	12230	212	1.273	2,21	48,39
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	52	1.210	2,10	50,49
HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01763	7	1.130	1,96	52,45
Albumin	32435	32	968	1,68	54,13
Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	32416	4	956	1,66	55,78
Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	01865	8	853	1,48	57,26
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	01766	3	837	1,45	58,72
Cystatin C	32463	9	797	1,38	60,10
Antikörper-Suchtest	01807	11	715	1,24	61,34
ft4	32320	21	676	1,17	62,51
Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	19318	12	674	1,17	63,68
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriums- medizin u. a.	12220	225	660	1,14	64,83
GOP > 80000		5	0	0,00	64,83
Rest		1.475	20.279	35,17	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.415</b>	<b>57.654</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.7 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tabelle 4.2-7: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	08211	24.229	3.725.191	19,28	19,28
Betreuung einer Schwangeren	01770	2.199	2.577.163	13,34	32,61
Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	01760	7.719	1.227.100	6,35	38,96
Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	01822	10.406	1.175.725	6,08	45,05
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	08212	6.629	1.044.331	5,40	50,45
Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	01761	4.780	1.027.560	5,32	55,77
Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	33044	6.311	818.489	4,24	60,01
Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	08220	28.927	693.978	3,59	63,60
Weiterführende Sonographie I	01772	1.526	553.589	2,86	66,46
Weiterführende Dopplersonographie II	01775	971	434.693	2,25	68,71
CTG	01786	3.174	433.707	2,24	70,96
Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	01821	5.871	416.791	2,16	73,11
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	1.715	330.988	1,71	74,83
Weiterführende Sonographie II	01773	472	266.503	1,38	76,20
Scheidensekret- Mikroskopie	01827	9.824	265.216	1,37	77,58
Mamma - Sonographie	33041	1.506	227.384	1,18	78,75
Weiterführende Dopplersonographie I	01774	298	223.373	1,16	79,91
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebühren- ordnungsposition 01770	01771	520	217.480	1,13	81,04
Zusatzpauschale Onkologie	08345	1.080	206.220	1,07	82,10
Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	01815	637	175.047	0,91	83,01
GOP > 80000		16.602	85.906	0,44	83,45
Rest		221.692	3.197.623	16,55	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>357.090</b>	<b>19.324.054</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.8 Gemeinschaftspraxen (fachungleich)

Tabelle 4.2-8: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	1.151	1.212.230	3,07	3,07
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	3.777	1.185.015	3,00	6,07
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	1.052	1.108.076	2,81	8,88
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	03040	7.160	1.017.671	2,58	11,46
Zusatzpauschale Kardiologie	13545	828	611.152	1,55	13,01
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	3.978	606.539	1,54	14,55
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	574	604.072	1,53	16,08
Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	1.977	550.664	1,40	17,47
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	18211	2.766	535.833	1,36	18,83
Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220	3.844	499.761	1,27	20,10
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	3.200	488.391	1,24	21,34
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	1.430	485.937	1,23	22,57
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.791	476.177	1,21	23,77
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	1.997	447.957	1,14	24,91
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21214	1.718	443.242	1,12	26,03
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	269	430.620	1,09	27,12
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	03230	4.475	424.624	1,08	28,20
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	98	417.300	1,06	29,26
Versichertenpauschale ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	03004	2.681	408.734	1,04	30,29
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	07211	1.681	392.100	0,99	31,29
GOP > 80000		36.666	437.171	1,11	32,39
Rest		419.199	26.678.124	67,61	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>502.314</b>	<b>39.461.389</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

## 4.2.9 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Tabelle 4.2-9: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	09211	9.585	2.065.552	23,10	23,10
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	7.917	1.750.940	19,58	42,69
Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	09220	17.530	473.104	5,29	47,98
Tonschwellenaudiometrie	09320	3.120	455.445	5,09	53,07
Lupenlaryngoskopie	09311	5.158	381.475	4,27	57,34
Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	09372	570	281.391	3,15	60,48
Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	09374	542	245.180	2,74	63,23
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	09210	806	212.880	2,38	65,61
Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	09323	2.973	202.031	2,26	67,87
Spezifische allergologische Anamnese	30100	2.731	177.353	1,98	69,85
Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	09361	1.303	173.193	1,94	71,79
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900	242	154.858	1,73	73,52
Allergologiediagnostik II	30111	574	125.712	1,41	74,93
Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	09343	610	125.002	1,40	76,32
Zuschlag zur GOP 09220	09222	17.530	122.684	1,37	77,70
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	37	118.266	1,32	79,02
Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	09325	435	110.460	1,24	80,25
Hyposensibilisierungsbehandlung	30130	1.068	108.887	1,22	81,47
Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	09373	188	98.381	1,10	82,57
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	09324	828	86.079	0,96	83,53
GOP > 80000		9.197	493	0,01	83,54
Rest		78.239	1.471.689	16,46	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>161.184</b>	<b>8.941.055</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.2.10 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Tabelle 4.2-10: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Haut- und Geschlechtskrankheiten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	10211	9.616	1.446.154	19,78	19,78
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10212	7.495	1.154.901	15,80	35,58
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	01745	3.152	797.172	10,90	46,48
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	515	453.181	6,20	52,68
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	307	440.500	6,03	58,70
Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	10220	14.671	263.924	3,61	62,31
Zusatzpauschale Onkologie	10345	1.096	209.220	2,86	65,17
Spezifische allergologische Anamnese	30100	2.797	181.661	2,48	67,66
Postoperative Überwachung 3	31503	324	157.865	2,16	69,82
Balneophototherapie	10350	394	156.929	2,15	71,97
Postoperative Überwachung 2	31502	477	115.848	1,58	73,55
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	49	100.611	1,38	74,93
Allergenspezifische Immunglobuline I	32427	1.459	91.753	1,25	76,18
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	10341	605	78.014	1,07	77,25
Zuschlag zur GOP 10220	10222	14.671	73.271	1,00	78,25
Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	10340	1.216	70.459	0,96	79,21
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	01740	607	70.266	0,96	80,17
(Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand	10344	295	69.693	0,95	81,13
Allergologiediagnostik II	30111	312	68.281	0,93	82,06
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	17.167	67.301	0,92	82,98
GOP > 80000		7.592	13.618	0,19	83,17
Rest		58.131	1.230.549	16,83	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>142.949</b>	<b>7.311.171</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.11 Humangenetik

Tabelle 4.2-11: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Humangenetik	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Postnatale Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Mutation	11513	1.715	459.102	42,69	42,69
Gezielter Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen	11512	91	109.980	10,23	52,91
Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC)	11440	4	85.879	7,98	60,90
Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21	01870	40	65.135	6,06	66,95
Postnatale gesamtgenomische Untersuchung auf konstitutionelle Imbalancen	11508	4	31.523	2,93	69,88
Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	11302	34	31.344	2,91	72,80
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	52	26.983	2,51	75,30
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	11235	34	26.135	2,43	77,73
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	1	23.743	2,21	79,94
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	11211	33	14.271	1,33	81,27
Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1 und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	11601	1	13.610	1,27	82,53
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	11234	22	12.253	1,14	83,67
Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko	11233	21	11.480	1,07	84,74
Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung, wenn kein Tumormaterial vorliegt	11432	0	10.550	0,98	85,72
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	11236	11	9.353	0,87	86,59
Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	01793	2	8.731	0,81	87,40
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11502 und 11503 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen	11501	10	7.955	0,74	88,14

...

Humangenetik	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse	11502	10	7.208	0,67	88,81
Untersuchung auf eine oder mehrere in der Familie bekannte konstitutionelle Mutation(en)	11518	11	6.859	0,64	89,45
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 bei einer genetisch bedingten Erkrankung des Fötus	01796	7	6.715	0,62	90,08
GOP > 80000		4	0	0,00	90,08
Rest		448	106.747	9,92	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.554</b>	<b>1.075.557</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.12 Internist

Tabelle 4.2-12: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Internist	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	1.163	4.939.224	20,54	20,54
Zusatzpauschale Kardiologie	13545	3.723	2.743.775	11,41	31,94
Zusatzpauschale Koloskopie	13421	807	1.290.616	5,37	37,31
Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	13650	3.247	1.015.433	4,22	41,53
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13542	4.132	966.202	4,02	45,55
Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	13400	858	753.046	3,13	48,68
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	4.391	653.753	2,72	51,40
Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	01741	329	579.989	2,41	53,81
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	164	519.058	2,16	55,97
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13642	2.327	512.332	2,13	58,10
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	91	410.364	1,71	59,81
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	13641	1.861	404.830	1,68	61,49
Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	13250	2.295	346.109	1,44	62,93
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	13541	1.513	341.284	1,42	64,35
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	734	279.565	1,16	65,51
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13492	730	255.854	1,06	66,57
Ambulante Betreuung 2h	01510	552	244.317	1,02	67,59
Zusatzpauschale Angiologie	13300	450	238.230	0,99	68,58
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	13391	1.278	227.036	0,94	69,52
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13392	1.188	220.587	0,92	70,44
GOP > 80000		13.325	581.723	2,42	72,86
Rest		136.289	6.527.586	27,14	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>181.448</b>	<b>24.050.915</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.13 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Tabelle 4.2-13: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	Anteil** in %	Kumuliert in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	14220	3.195	482.437	16,22	16,22
Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	14310	2.325	265.013	8,91	25,14
Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	14211	951	182.431	6,14	31,27
Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	14222	1.488	174.926	5,88	37,15
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	278	128.526	4,32	41,48
Psychiatrische Betreuung	14240	575	111.557	3,75	45,23
Testverfahren, psychometrische	35601	2.687	104.752	3,52	48,75
Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	14214	925	78.573	2,64	51,39
Testverfahren, standardisierte	35600	1.605	54.543	1,83	53,23
Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	35603	26	41.787	1,41	54,63
Verfahren, projektive	35602	516	28.908	0,97	55,61
Zuschlag zur GOP 14214	14216	925	21.260	0,71	56,32
Biographische Anamnese	35140	29	20.503	0,69	57,01
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	14313	51	19.401	0,65	57,66
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	21	19.176	0,64	58,31
Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	14311	321	17.324	0,58	58,89
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	15	13.890	0,47	59,36
Probatorische Sitzung	35150	16	11.578	0,39	59,75
Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1	01433	62	9.574	0,32	60,07
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	21	9.485	0,32	60,39
GOP > 80000		2.217	1.100.302	37,00	97,39
Rest		3.182	77.577	2,61	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>21.431</b>	<b>2.973.524</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.14 Kinderarzt

Tabelle 4.2-14: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Kinderarzt	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	04040	22.865	3.309.407	21,93	21,93
Versichertenpauschale ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	04002	14.205	2.364.206	15,66	37,59
Versichertenpauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	04001	8.776	2.295.239	15,21	52,80
Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	04230	9.660	1.063.893	7,05	59,84
Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04220	4.971	645.941	4,28	64,12
Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	04355	2.190	397.534	2,63	66,76
Zusatzpauschale Kinderkardiologie	04410	313	231.378	1,53	68,29
U6	01716	574	230.551	1,53	69,82
U5	01715	556	223.273	1,48	71,30
U3	01713	551	221.284	1,47	72,76
U4	01714	550	221.146	1,47	74,23
U7	01717	541	217.460	1,44	75,67
U9	01719	525	210.917	1,40	77,07
U7a	01723	524	210.469	1,39	78,46
U8	01718	522	209.615	1,39	79,85
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	22.877	161.106	1,07	80,92
Notfallpauschale II	01212	808	157.576	1,04	81,96
Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	04354	1.894	143.904	0,95	82,91
Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	04356	663	127.932	0,85	83,76
Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	04221	3.057	122.203	0,81	84,57
GOP > 80000		23.200	34.560	0,23	84,80
Rest		73.353	2.294.147	15,20	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>193.175</b>	<b>15.093.741</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

## 4.2.15 Laboratoriumsmedizin

Tabelle 4.2-15: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Laboratoriumsmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	1.837	531.986	12,01	12,01
HbA1, HbA1c	32094	12.345	437.923	9,89	21,90
TSH	32101	15.750	418.870	9,46	31,36
Mechanisieretes Blutbild, Retikulozytenzählung	32120	22.418	99.380	2,24	33,61
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	3.779	87.210	1,97	35,58
CRP	32460	1.891	81.615	1,84	37,42
Vitamin D	32413	497	80.121	1,81	39,23
CRP	32128	7.685	78.446	1,77	41,00
Mechanisierter vollständiger Blutstatus	32122	6.713	65.492	1,48	42,48
Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.	12220	8.445	61.244	1,38	43,86
Gamma-GT	32071	21.828	48.402	1,09	44,96
Ferritin	32325	1.185	43.769	0,99	45,94
Kreatinin (Jaffé-Methode)	32066	19.357	42.947	0,97	46,91
Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	01865	398	41.821	0,94	47,86
GPT	32070	18.580	41.196	0,93	48,79
Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride) gem. Anl. 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie	32882	4.130	36.662	0,83	49,62
Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/ Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	32097	211	36.092	0,82	50,43
Kalium	32081	16.128	35.759	0,81	51,24
Kreatinin, enzymatisch	32067	10.038	35.546	0,80	52,04
Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)	32416	156	34.282	0,77	52,82
GOP > 80000		2.239	154	0,00	52,82
Rest		203.727	2.089.165	47,18	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>379.337</b>	<b>4.428.082</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.16 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Tabelle 4.2-16: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	31223	45	94.126	11,27	11,27
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	31103	43	89.137	10,68	21,95
Postoperative Überwachung 4	31504	118	81.907	9,81	31,76
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	31222	46	65.523	7,85	39,61
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	31104	22	60.185	7,21	46,82
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	40	58.082	6,96	53,77
Postoperative Überwachung 3	31503	84	41.033	4,91	58,69
Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	31233	14	32.793	3,93	62,62
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	31221	35	30.836	3,69	66,31
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	15211	214	28.765	3,45	69,75
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15212	202	25.570	3,06	72,82
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	31108	38	17.555	2,10	74,92
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	31228	35	15.713	1,88	76,80
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	31101	17	15.337	1,84	78,64
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	31225	3	12.584	1,51	80,15
Postoperative Überwachung 2	31502	49	11.789	1,41	81,56
Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	31226	2	11.031	1,32	82,88
Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	31609	62	10.983	1,32	84,19
Zusatzpauschale Onkologie	15345	54	10.407	1,25	85,44
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	31238	19	9.586	1,15	86,59
GOP > 80000		188	20	0,00	86,59
Rest		1.136	111.953	13,41	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>2.467</b>	<b>834.916</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.2.17 Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)

Tabelle 4.2-17: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	1.455	365.817	16,52	16,52
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	2.085	308.230	13,92	30,43
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21214	1.222	302.292	13,65	44,08
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	419	142.540	6,44	50,51
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	378	128.528	5,80	56,32
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	783	115.885	5,23	61,55
Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	21225	2.458	95.831	4,33	65,87
Zuschlag Fremdanamnese	21216	409	84.241	3,80	69,68
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	182	68.628	3,10	72,77
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	132	49.771	2,25	75,02
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuro- muskulären Erkrankung	16322	209	43.732	1,97	77,00
EEG	16310	133	36.366	1,64	78,64
Besuch eines weiteren Kranken	01413	331	35.112	1,59	80,22
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	10	32.132	1,45	81,67
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	68	31.436	1,42	83,09
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	119	25.189	1,14	84,23
Zuschlag zur GOP 21225	21226	2.458	24.578	1,11	85,34
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	72	19.019	0,86	86,20
Zuschlag zur GOP 01413	37113	178	18.826	0,85	87,05
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	84	17.757	0,80	87,85
GOP > 80000		1.829	3.137	0,14	87,99
Rest		12.001	266.003	12,01	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>27.016</b>	<b>2.215.050</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.18 Neurochirurgie

Tabelle 4.2-18: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Neurochirurgie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	64	42.518	11,64	11,64
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	52	37.281	10,21	21,84
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	210	31.570	8,64	30,49
Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	31242	19	28.002	7,67	38,15
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	140	26.736	7,32	45,47
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	16211	135	25.674	7,03	52,50
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	106	19.688	5,39	57,89
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	44	14.808	4,05	61,94
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	13	12.593	3,45	65,39
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	26	9.778	2,68	68,07
Postoperative Überwachung 3	31503	18	8.662	2,37	70,44
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	31133	3	7.680	2,10	72,54
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami com- municantes an den Foramina intervertebralia	30724	37	7.460	2,04	74,58
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	180	7.025	1,92	76,51
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	21	5.064	1,39	77,89
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	8	5.029	1,38	79,27
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuro- muskulären Erkrankung	16322	23	4.782	1,31	80,58
Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	31255	1	4.431	1,21	81,79
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	36135	1	4.329	1,18	82,98
Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	36137	1	4.188	1,15	84,12
GOP > 80000		310	15	0,00	84,13
Rest		1.625	57.983	15,87	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.035</b>	<b>365.297</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDo 2024

## 4.2.19 Neurologie

Tabelle 4.2-19: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Neurologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	16220	2.747	416.003	16,07	16,07
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	16233	1.186	403.074	15,58	31,65
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16212	1.755	328.139	12,68	44,33
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	16211	1.341	251.833	9,73	54,06
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	16230	391	146.939	5,68	59,74
Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuro- muskulären Erkrankung	16322	542	113.219	4,37	64,11
Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	16215	2.761	107.600	4,16	68,27
EEG	16310	246	67.527	2,61	70,88
Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	33070	172	65.513	2,53	73,41
Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	16321	203	53.452	2,07	75,48
Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	34503	70	46.844	1,81	77,29
Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16222	315	42.693	1,65	78,94
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	34	32.687	1,26	80,20
Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	16232	166	30.780	1,19	81,39
Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	16231	143	30.242	1,17	82,56
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	41	29.263	1,13	83,69
Zuschlag zur GOP 16215	16217	2.761	27.598	1,07	84,75
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	8	25.840	1,00	85,75
Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	141	22.387	0,87	86,62
Besuch eines weiteren Kranken	01413	199	21.101	0,82	87,43
GOP > 80000		1.739	629	0,02	87,46
Rest		15.317	324.575	12,54	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>32.279</b>	<b>2.587.939</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.20 Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Tabelle 4.2-20: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.514	699.308	13,03	13,03
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	621	572.171	10,66	23,70
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	585	539.205	10,05	33,75
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	572	526.569	9,81	43,56
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	402	370.246	6,90	50,46
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	390	359.218	6,69	57,16
Probatorische Sitzung	35150	411	291.072	5,42	62,58
Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23214	913	269.598	5,02	67,61
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	286	264.019	4,92	72,53
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.682	253.033	4,72	77,24
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	217	200.140	3,73	80,97
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.592	165.055	3,08	84,05
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	296	136.791	2,55	86,60
Biographische Anamnese	35140	177	125.081	2,33	88,93
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	684	95.087	1,77	90,70
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	310	52.601	0,98	91,68
Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35411	54	50.081	0,93	92,61
Testverfahren, standardisierte	35600	1.306	44.342	0,83	93,44
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	1.375	43.126	0,80	94,24
Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35412	46	42.232	0,79	95,03
GOP > 80000		454	277	0,01	95,04
Rest		3.588	266.303	4,96	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>18.477</b>	<b>5.365.552</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2024

## 4.2.21 Nichtärztliche Psychotherapeuten

Tabelle 4.2-21: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Psychotherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	1.616	1.486.999	20,49	20,49
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	1.314	1.209.236	16,66	37,15
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	724	666.664	9,19	46,33
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	1.369	632.194	8,71	55,04
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	616	567.042	7,81	62,86
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	2.557	384.759	5,30	68,16
Probatorische Sitzung	35150	411	291.047	4,01	72,17
Zuschlag Einzeltherapie	35571	4.139	274.040	3,78	75,94
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	582	268.189	3,70	79,64
Biographische Anamnese	35140	231	163.209	2,25	81,89
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	157	144.591	1,99	83,88
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	127	116.555	1,61	85,49
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	827	114.838	1,58	87,07
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	1.145	91.244	1,26	88,33
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	96	87.958	1,21	89,54
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	462	78.377	1,08	90,62
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	1.558	51.134	0,70	91,32
Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	30932	54	49.394	0,68	92,00
Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35411	50	45.906	0,63	92,63
Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35412	45	41.673	0,57	93,21
GOP > 80000		620	2	0,00	93,21
Rest		5.807	492.905	6,79	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>24.506</b>	<b>7.257.954</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.22 Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten

Tabelle 4.2-22: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	2.979	2.741.128	21,47	21,47
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	2.575	2.371.857	18,57	40,04
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	1.942	1.787.688	14,00	54,04
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	3.084	1.424.615	11,16	65,20
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	5.318	807.119	6,32	71,52
Probatorische Sitzung	35150	981	694.964	5,44	76,96
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	1.078	496.580	3,89	80,85
Zuschlag Einzeltherapie	35571	6.370	412.263	3,23	84,08
Biographische Anamnese	35140	498	352.211	2,76	86,83
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	2.363	328.105	2,57	89,40
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	2.600	207.119	1,62	91,02
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	1.037	175.915	1,38	92,40
Testverfahren, standardisierte	35600	4.211	143.049	1,12	93,52
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	3.361	108.731	0,85	94,37
Vertiefte Exploration	35141	316	81.109	0,64	95,01
Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und 23.1	01433	398	61.217	0,48	95,49
Bericht an den Gutachter (LZT)	35131	81	47.695	0,37	95,86
Zuschlag zur GOP 23216	23218	1.037	47.603	0,37	96,23
Übende Interventionen, Einzelbehandlung	35111	127	42.312	0,33	96,57
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	23212	561	41.237	0,32	96,89
GOP > 80000		1.614	9	0,00	96,89
Rest		7.336	397.228	3,11	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>49.865</b>	<b>12.769.756</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.23 Nuklearmedizin

Tabelle 4.2-23: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Nuklearmedizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	17363	190	183.073	16,66	16,66
Tc-99m-markierte Perfusionsmarker (Herz, Schilddrüse)	40520	127	87.632	7,98	24,64
Konsiliarpauschale	17210	796	74.530	6,78	31,42
Schilddrüsen-Szintigraphie	17320	149	52.282	4,76	36,18
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	17330	61	49.847	4,54	40,72
Thyreoglobulin	32420	264	40.688	3,70	44,42
Schilddrüsen - Sonographie	33012	511	39.321	3,58	48,00
Ganzkörperszintigraphie	17311	63	35.773	3,26	51,25
Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktions- diagnostik unter Belastung	17332	40	31.492	2,87	54,12
Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	17331	52	31.257	2,84	56,97
Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper	32502	402	26.693	2,43	59,40
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	23	24.717	2,25	61,64
TSH-Rezeptor-Antikörper	32508	269	24.579	2,24	63,88
Calcitonin	32410	185	24.429	2,22	66,11
Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Hals- weichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	33011	306	24.166	2,20	68,30
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	22	22.768	2,07	70,38
J-123-FP-CIT (M. Parkinson)	40538	3	22.551	2,05	72,43
Vitamin D	32413	129	20.996	1,91	74,34
F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	34701	3	19.627	1,79	76,13
Teilkörperszintigraphie	17310	49	19.484	1,77	77,90
GOP > 80000		68	13	0,00	77,90
Rest		5.214	242.804	22,10	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>8.926</b>	<b>1.098.722</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.24 Orthopädie

Tabelle 4.2-24: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Orthopädie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	18211	9.429	1.903.161	18,89	18,89
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18212	8.123	1.892.652	18,79	37,68
Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18331	4.455	747.404	7,42	45,10
Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	18311	2.556	556.325	5,52	50,62
Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	18220	14.801	458.398	4,55	55,17
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	2.425	402.319	3,99	59,17
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	4.004	284.020	2,82	61,99
Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	34221	1.669	230.520	2,29	64,28
Chirotherapeutischer Eingriff	30200	3.407	163.409	1,62	65,90
Aufnahmen der Extremitäten	34233	1.675	163.167	1,62	67,52
Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	255	131.629	1,31	68,82
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.291	126.779	1,26	70,08
Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	33050	1.845	125.388	1,24	71,33
Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	30724	620	123.209	1,22	72,55
Zuschlag zur GOP 18220	18222	14.800	118.291	1,17	73,73
Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	30731	164	116.512	1,16	74,88
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	386	92.262	0,92	75,80
Massagetherapie	30400	1.202	88.853	0,88	76,68
Abdrücke und Modelle I	31941	1.528	86.936	0,86	77,54
Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	34231	627	84.931	0,84	78,39
GOP > 80000		9.434	692	0,01	78,39
Rest		82.274	2.176.539	21,61	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>166.972</b>	<b>10.073.397</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.2.25 Pathologie

Tabelle 4.2-25: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Pathologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	19310	9.977	827.457	28,94	28,94
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315, 19318 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	19312	9.868	502.693	17,58	46,52
Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	19320	1.732	422.068	14,76	61,28
Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)	40100	5.610	129.453	4,53	65,81
Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	19506	5	109.903	3,84	69,66
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01762	1.121	90.765	3,17	72,83
Mutationsuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	19424	165	88.828	3,11	75,94
HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	01763	303	48.423	1,69	77,63
Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)	32527	364	37.157	1,30	78,93
Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	19321	97	34.276	1,20	80,13
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19453	19459	1	33.161	1,16	81,29
Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen	19410	64	33.115	1,16	82,45
Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 19424	19427	1	32.936	1,15	83,60
Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genetischen Veränderung menschlicher DNA zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung	19456	2	29.854	1,04	84,64
Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	01766	102	29.322	1,03	85,67
Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19421	128	26.919	0,94	86,61
Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen	19451	121	25.507	0,89	87,50

...

Pathologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften	19453	45	24.328	0,85	88,35
Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens	19452	27	23.332	0,82	89,17
Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	01768	88	21.917	0,77	89,94
GOP > 80000		1.294	2	0,00	89,94
Rest		2.514	287.725	10,06	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>33.628</b>	<b>2.859.140</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.26 Phoniatrie und Pädaudiologie

Tabelle 4.2-26: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Phoniatrie und Pädaudiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	20211	121	25.109	9,79	9,79
Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	20331	64	19.464	7,59	17,39
Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20210	61	18.780	7,33	24,71
Tonschwellenaudiometrie	20320	111	16.252	6,34	31,05
Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	20370	98	15.876	6,19	37,24
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	09211	57	11.827	4,61	41,86
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20335	83	11.468	4,47	46,33
Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	20336	67	10.163	3,96	50,29
Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	20360	53	9.870	3,85	54,14
Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	20324	94	9.811	3,83	57,97
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	09212	46	9.700	3,78	61,75
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	20212	39	8.151	3,18	64,93
Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	20330	21	4.706	1,84	66,77
Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung	20220	151	4.075	1,59	68,36
Lupenlaryngoskopie	20310	51	3.774	1,47	69,83
Elektroglottographie	20351	14	3.637	1,42	71,25
Schallspektrographie	20352	13	3.505	1,37	72,62
Testverfahren, psychometrische	35601	88	3.416	1,33	73,95
Videostroboskopie	20314	24	3.298	1,29	75,24
Retro-cochleäre Erkrankung	20326	11	2.990	1,17	76,40
GOP > 80000		166	14	0,01	76,41
Rest		2.069	60.483	23,59	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.503</b>	<b>256.369</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.27 Physikalische und rehabilitative Medizin

Tabelle 4.2-27: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Physikalische und rehabilitative Medizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	27332	226	93.780	17,37	17,37
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27212	346	88.179	16,34	33,71
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	27211	358	84.666	15,68	49,39
Durchführung einer Körperakupunktur	30791	169	28.100	5,21	54,60
Zusatzpauschale Schmerztherapie	30702	42	20.986	3,89	58,49
Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700	50	20.003	3,71	62,19
Ganzkörperstatus	27310	175	18.696	3,46	65,66
Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	30201	225	15.969	2,96	68,61
Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	27220	232	15.004	2,78	71,39
Kardiorespiratorische Polysomnographie	30901	4	11.999	2,22	73,62
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	55	10.673	1,98	75,59
Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	30790	19	9.858	1,83	77,42
Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	50	8.446	1,56	78,98
Zuschlag für weitere Untersuchung	27333	126	8.431	1,56	80,55
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	43	8.303	1,54	82,08
Massagetherapie	30400	93	6.902	1,28	83,36
Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	30704	23	6.838	1,27	84,63
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420	66	6.172	1,14	85,77
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	27311	81	5.924	1,10	86,87
Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	30760	18	4.273	0,79	87,66
GOP > 80000		227	51	0,01	87,67
Rest		3.649	66.545	12,33	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>6.277</b>	<b>539.800</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.28 Psychiatrie und Psychotherapie

Tabelle 4.2-28: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Psychiatrie und Psychotherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	21220	4.402	663.792	25,67	25,67
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21211	1.551	296.539	11,47	37,14
Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	21233	601	204.170	7,90	45,03
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21212	1.017	191.199	7,39	52,43
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	331	152.719	5,91	58,33
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	21230	373	140.567	5,44	63,77
Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	21218	2.411	106.054	4,10	67,87
Zuschlag Fremdanamnese	21216	398	82.034	3,17	71,04
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	47	42.845	1,66	72,70
Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	21231	181	38.435	1,49	74,18
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	40	37.068	1,43	75,62
Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	21232	131	35.439	1,37	76,99
Besuch eines weiteren Kranken	01413	307	32.556	1,26	78,25
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	67	31.061	1,20	79,45
Biographische Anamnese	35140	43	30.312	1,17	80,62
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzel- behandlung)	35402	32	29.383	1,14	81,76
Zuschlag zur GOP 21218	21219	2.411	28.918	1,12	82,87
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	21214	106	27.024	1,05	83,92
Probatorische Sitzung	35150	38	26.789	1,04	84,96
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21215	101	26.462	1,02	85,98
GOP > 80000		2.944	2.323	0,09	86,07
Rest		13.668	360.253	13,93	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>31.200</b>	<b>2.585.943</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 4.2.29 Psychotherapeutische Medizin

Tabelle 4.2-29: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Psychotherapeutische Medizin	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35405	763	702.484	16,29	16,29
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35401	505	465.271	10,79	27,09
Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	929	429.385	9,96	37,05
Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35415	425	391.717	9,09	46,13
Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35402	393	362.025	8,40	54,53
Probatorische Sitzung	35150	270	191.220	4,44	58,97
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	23220	1.103	166.994	3,87	62,84
Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152	308	142.198	3,30	66,14
Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	35421	150	138.479	3,21	69,35
Biographische Anamnese	35140	182	128.586	2,98	72,33
Zuschlag Einzeltherapie	35571	2.040	126.840	2,94	75,28
Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	35425	125	114.711	2,66	77,94
Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	35422	108	99.677	2,31	80,25
Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	22220	650	98.621	2,29	82,54
Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	35591	604	83.847	1,94	84,48
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	22211	322	56.307	1,31	85,79
Psychosomatik (Einzelbehandlung)	22221	283	43.109	1,00	86,79
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	23211	491	38.798	0,90	87,69
Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	23216	222	37.694	0,87	88,56
Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	35573	937	29.081	0,67	89,24
GOP > 80000		812	16	0,00	89,24
Rest		4.887	463.990	10,76	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>16.511</b>	<b>4.311.048</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDo 2024

## 4.2.30 Radiologie

Tabelle 4.2-30: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Radiologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34411	958	1.008.178	17,64	17,64
MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	34450	872	917.410	16,06	33,70
MRT-Untersuchung des Neurocraniums	34410	475	500.319	8,76	42,46
CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	34341	381	275.900	4,83	47,29
CT-Untersuchung des Thorax	34330	422	247.476	4,33	51,62
MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	34451	234	246.553	4,32	55,93
Mammographie	34270	721	197.410	3,46	59,39
Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	24212	2.441	194.125	3,40	62,79
Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	34452	482	183.157	3,21	65,99
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	526	176.387	3,09	69,08
Konsiliarpauschale 6. – 59. Lebensjahr	24211	2.600	172.818	3,02	72,10
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	144	95.454	1,67	73,77
MRT-Untersuchung des Beckens	34442	81	84.919	1,49	75,26
CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	34320	124	80.795	1,41	76,67
CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	34504	82	79.619	1,39	78,07
Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	34241	532	77.604	1,36	79,42
MRT-Angiographie der Hirngefäße	34470	103	71.470	1,25	80,68
Zuschlag Dynamische Serien	34344	152	70.803	1,24	81,91
MRT-Untersuchung des Oberbauchs	34440	63	66.714	1,17	83,08
Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	34345	293	63.265	1,11	84,19
GOP > 80000		868	81	0,00	84,19
Rest		19.366	903.278	15,81	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>31.920</b>	<b>5.713.736</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.31 Sonstige Leistungserbringer

Tabelle 4.2-31: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Sonstige Leistungserbringer	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40823	846	3.569.642	30,05	30,05
Notfallpauschale II	01212	8.552	1.667.588	14,04	44,08
Notfallpauschale I	01210	4.863	583.533	4,91	49,00
Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418	543	422.752	3,56	52,55
Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr	40825	88	396.449	3,34	55,89
Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	13610	2.377	354.166	2,98	58,87
Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	40824	139	196.247	1,65	60,52
CT-Untersuchung des Neurocraniums	34310	344	183.892	1,55	62,07
Aufnahmen der Hand, des Fußes	34232	1.482	146.731	1,24	63,31
Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	488	139.386	1,17	64,48
Abdominelle Sonographie	33042	793	113.354	0,95	65,43
Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	01750	370	112.164	0,94	66,38
Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	02301	732	97.302	0,82	67,20
CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	34311	141	93.095	0,78	67,98
Aufnahmen der Extremitäten	34233	833	82.482	0,69	68,68
Blutgasanalyse und Säure-Basen-Status	32247	613	74.657	0,63	69,30
Notfallkonsultationspauschale II	01216	533	74.649	0,63	69,93
Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	01224	382	74.434	0,63	70,56
Fixierender Verband	02350	500	72.040	0,61	71,17
Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	01226	770	69.336	0,58	71,75
GOP > 80000		25.948	9.061	0,08	71,83
Rest		70.716	3.347.220	28,17	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>122.054</b>	<b>11.880.179</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024



## 4.2.32 Strahlentherapie

Tabelle 4.2-32: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Strahlentherapie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	25321	786	678.960	33,32	33,32
Bestrahlungsplanung III	25342	87	388.034	19,04	52,37
Bestrahlungsplanung II	25341	47	153.226	7,52	59,89
Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	25324	578	130.771	6,42	66,30
Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	25316	309	127.572	6,26	72,57
Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	25343	40	125.876	6,18	78,74
Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	25327	282	117.946	5,79	84,53
Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	25328	236	107.150	5,26	89,79
Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	25211	62	70.098	3,44	93,23
Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25210	73	25.562	1,25	94,49
CT- gestützte Bestrahlungsplanung	34360	58	20.560	1,01	95,49
Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25345	15	15.914	0,78	96,28
Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	25317	80	15.279	0,75	97,03
Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	25325	67	14.686	0,72	97,75
Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	25214	36	10.091	0,50	98,24
Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	25310	66	7.599	0,37	98,61
Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	25332	1	6.148	0,30	98,92
Zuschlag IGRT bei bösartiger Erkrankung	25326	19	4.838	0,24	99,15
Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	25318	25	4.651	0,23	99,38
Ir-192	40580	2	4.431	0,22	99,60
GOP > 80000		38	945	0,05	99,65
Rest		545	7.211	0,35	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>3.450</b>	<b>2.037.550</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 4.2.33 Urologie

Tabelle 4.2-33: Die 20 umsatzstärksten Abrechnungspositionen im Jahr 2022

Urologie	GOP	Anzahl in Tsd.	Punkte insg.* in Tsd.	An- teil** in %	Kumu- liert in %
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	26212	7.573	1.597.816	26,41	26,41
Grundpauschale 6. – 59. Lebensjahr	26211	3.532	635.578	10,50	36,91
Uro-Genital-Sonographie	33043	5.988	489.609	8,09	45,00
Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	01731	2.751	395.846	6,54	51,54
Zuschlag für die urologische Grundversorgung	26220	7.728	270.293	4,47	56,01
Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26310	314	234.584	3,88	59,88
Abdominelle Sonographie	33042	1.229	171.853	2,84	62,72
Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3	32001	11.042	121.164	2,00	64,73
Urinuntersuchung	32720	2.047	99.870	1,65	66,38
Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	35100	493	95.085	1,57	67,95
Zusatzpauschale Onkologie	26315	475	90.758	1,50	69,45
Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	35110	396	76.446	1,26	70,71
Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	26311	267	75.012	1,24	71,95
Zuschlag zur GOP 26220	26222	7.726	69.479	1,15	73,10
Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	01740	541	62.735	1,04	74,14
Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	26340	588	54.615	0,90	75,04
Zusatzpauschale ESWL	26330	8	47.670	0,79	75,83
Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen	32762	590	46.040	0,76	76,59
Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	31102	28	40.841	0,67	77,26
Besuch	01410	189	39.812	0,66	77,92
GOP > 80000		8.319	309.577	5,12	83,04
Rest		64.330	1.026.487	16,96	100,00
<b>Gesamt</b>		<b>126.154</b>	<b>6.051.173</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\* Monetär bewertete Leistungen des EBM werden in Punkte umgerechnet.

\*\* Anteil bezogen auf die Gesamtzahl abgerechneter GOPs in Prozent

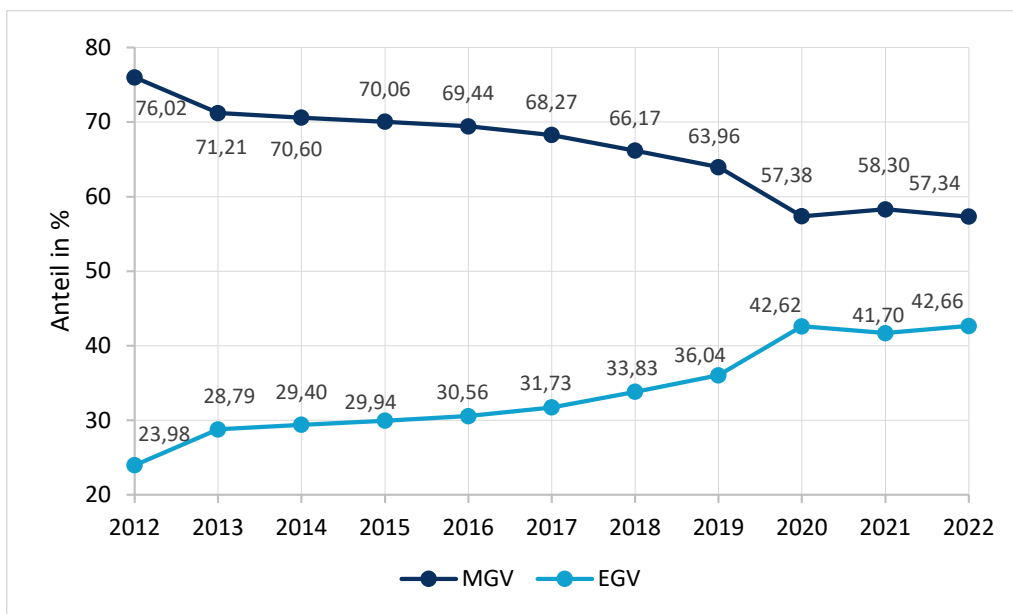
Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 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 im Jahr 2021 nicht fort. So liegt die MGV mit etwa 58,3 Prozent etwas höher als im Jahr 2020 und die EGV verringert sich entsprechend auf etwa 41,7 Prozent (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Leistungen nach Budgetkennung



Quelle: Formblatt 3 2013 bis 2022 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

© WIdO 2024

## 6 Ausgewählte pandemiebezogene vertragsärztliche Leistungen im Jahr 2022

### 6.1 Einleitung

Infolge der Corona-Pandemie haben neue Abrechnungspositionen Einzug in den EBM erhalten und einige bestehende EBM-Leistungen eine in quantitativer Hinsicht besondere Bedeutung erfahren. Auf solche besonderen EBM-Leistungen gehen die folgenden Auswertungen näher ein.

### 6.2 Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte

Innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist mit Beginn der Pandemie umfänglich von der Möglichkeit Gebrauch gemacht worden, Patientinnen und Patienten ohne direkten Arztkontakt per Telefon zu beraten. Diese Möglichkeit der telefonischen Beratung bestand im Rahmen der EBM-Leistung 01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale bereits vor Beginn der Pandemie. Seit dem zweiten Quartal 2021 sind aber „medizinische Beratungen“ ohne unmittelbaren Patientenkontakt entsprechend der EBM-Positionen 01433 und 01434 als gesondert abrechenbare EBM-Leistung hinzugekommen.<sup>1</sup>

Seit dem zweiten Quartal 2022 wurden diese besonderen Arzt-Patienten-Gespräche gemäß der EBM-Leistung 01433 so gut wie gar nicht abgerechnet, während sie im Vorquartal Q1/2022 noch über 1,1 Mio. Mal zum Tragen kam. Auch der EBM-Leistung 01434 kam im Laufe des Jahres 2022 keine nennenswerte Bedeutung für die ambulante Versorgung von Versicherten der GKV zu. Die Bereitschaftspauschale gemäß der EBM-Leistung 01435 hat dagegen 2022 im Vergleich zu den Vorjahren 2020 und 2021 einen neuen Höchstwert erreicht (8,4 Mio. Mal), die ebenso telefonisch geführte Beratungsgespräche beinhaltet, allerdings ohne über die genaue Zahl geführter Gespräche Auskunft zu geben.

<sup>1</sup> Zu den näheren Abrechnungsvorsetzungen der EBM-Leistungen siehe auch <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>.

Tabelle 6-1: Ausgewählte EBM-Leistungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

EBM	EBM-Bezeichnung	Jahr	Q1	Q2	Q3	Q4	Gesamt
01433	Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 u. 23.1	2020		1.337.412	6.812	767.908	2.112.132
		2021	1.191.850	960.926	777.013	953.766	3.883.555
		2022	1.157.188	4.432	529	869	1.163.018
01434	Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt	2020		3.348.063	2.357	2.616.215	5.966.635
		2021	4.251.885	4.167.975	3.807.880	5.462.919	17.690.659
		2022	7.865.351	6.374	4.084	1.316	7.877.125
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	2019	1.272.038	1.165.960	1.186.682	1.202.958	4.827.638
		2020	1.933.878	2.297.706	1.531.612	2.008.264	7.771.460
		2021	2.011.308	1.926.311	1.829.539	1.976.122	7.743.280
		2022	2.388.728	1.935.712	1.862.415	2.218.042	8.404.897
01450	Zuschlag Videosprechstunde	2019	424	385	543	1.592	2.944
		2020	202.653	1.165.921	501.066	865.623	2.735.263
		2021	1.232.243	901.759	609.978	782.130	3.526.110
		2022	1.054.725	532.214	513.314	580.905	2.681.158
02402	Zusatzpauschale im Zusammenhang mit den GOP 32779 oder 32816 oder 32811	2020		987	40.484	4.071.190	4.112.661
		2021	2.668.970	1.944.945	1.896.707	5.346.793	11.857.415
		2022	8.935.523	17.134	2.917	1.745	8.957.319
02403	Zuschlag zur GOP 02402 (bei Fehlen von Versicherten-/Grundpauschalen im selben Fall)	2020				148.669	148.669
		2021	110.548	71.903	53.732	152.428	388.611
		2022	292.433	428	61	22	292.944
32779	SARS-CoV-2-Nachweis von Antigenen	2020				8.768	8.768
		2021	10.549	14.272	11.398	13.973	50.192
		2022	16.247	14.167	13.426	12.639	56.479
32816	Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 mittels RT-PCR	2020	525.194	1.700.045	2.907.927	5.065.257	10.198.423
		2021	3.123.183	2.237.517	2.098.751	5.631.100	13.090.551
		2022	8.968.878	2.832.551	2.353.787	1.945.746	16.100.962
40128	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß Muster 1 an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde	2020				7.314	7.314
		2021	8.055	5.080	4.407	8.143	25.685
		2022	15.688	19.414	29.846	32.330	97.278
40129	Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß Muster 1 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde	2020				208	208
		2021	462	327	361	1.177	2.327
		2022	1.064	440	364	666	2.534
88122	Kostenpauschale für die Übersendung einer AU-Bescheinigung bzw. Verordnung/Überweisung an den Patienten (Sonderregelung Corona)	2020			794	881.749	882.543
		2021	1.341.725	1.083.618	957.008	1.293.530	4.675.881
		2022	1.064	440	364	666	2.534

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

### 6.3 Videosprechstunden

Auch Videosprechstunden gehören zu den GKV-Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, in denen Patientinnen und Patienten ohne direkten Arzt-Kontakt beraten werden und denen infolge der Corona-Pandemie bzw. seit 2020 eine in quantitativer Hinsicht herausgehobene Bedeutung zukam. Die Videosprechstunde gemäß EBM-Nummer 01450 wurde 2022 mehr als 2,68 Mio. Mal abgerechnet, nachdem sie im Vorjahr 2021 über 3,5 Mio. Mal und 2019 nur wenige hundert Mal Rechnung gestellt wurde (vgl. Tabelle 6-2).

Bei dieser Leistung entfällt der mit Abstand größte Anteil von mehr als 58 Prozent (Tabelle 6-2) auf die psychiatrisch, psychologisch und psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen, Therapeutinnen und Therapeuten. Zusätzlich sind die Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten dieser Arztgruppen auch in Einrichtungen nach § 301 bzw. § 117 SGB V (insbesondere MVZs und ehemalige Polikliniken) sowie in fachungleichen Gemeinschaftspraxen tätig, ohne dort gesondert ausgewiesen zu sein. In den Vorjahren fiel dieser Anteil deutlich größer aus.

Sofern die Allgemeinmedizin als gesonderte Facharztgruppe ausgewiesen wird, sind dieser Facharztgruppe mehr als 24 Prozent der Videosprechstunden zuzuordnen, was einem deutlich höheren Anteil entspricht als in den Vorjahren. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin sind darüber hinaus in fachungleichen Gemeinschaftspraxen und MVZs tätig, ohne dort gesondert sichtbar zu sein. Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass deutlich mehr als 80 Prozent aller abgerechneten Videosprechstunden insbesondere in der psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie in der hausärztlichen Versorgung zum Tragen kamen.

**Tabelle 6-2: Top 20 Arztgruppen mit der höchsten Frequenz abgerechneter Videosprechstunden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GOP 01450)**

Arztgruppe	Anzahl				Anteil in				
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	
5	Gemeinschaftspraxen (fachungleich)	461	108.791	114.954	2.022	15,66	3,98	3,26	3,97
10	Anästhesiologie		5.439	6.214	106.387	0,00	0,20	0,18	0,18
40	Augenheilkunde	5	2.129	8.252	4.840	0,17	0,08	0,23	0,27
90	Chirurgie	1	2.106	2.293	7.153	0,03	0,08	0,07	0,14
100	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	22.926	46.800	3.734	0,03	0,84	1,33	1,81
130	Hals-Nase-Ohren-Heilkunde	24	10.763	17.714	48.581	0,82	0,39	0,50	0,70
140	Phoniatrie und Pädaudiologie		85	210	18.834	0,00	0,00	0,01	0,01
160	Haut- und Geschlechtskrankheiten	34	16.762	16.328	172	1,15	0,61	0,46	0,49
220	Internist	25	17.372	17.307	13.175	0,85	0,64	0,49	0,70
250	Kinderarzt	65	46.350	50.040	18.759	2,21	1,69	1,42	1,52
260	Laboratoriumsmedizin		5	2	40.692	0,00	0,00	0,00	0,00
300	Humangenetik		223	331		0,00	0,01	0,01	0,01
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		124	146	270	0,00	0,00	0,00	0,00
380	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)		7.980	7.993	115	0,00	0,29	0,23	0,23
390	Neurologie	2	7.493	6.621	6.217	0,07	0,27	0,19	0,24
400	Psychiatrie und Psychotherapie	29	32.017	38.950	6.429	0,99	1,17	1,10	0,98
405	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		43.053	54.486	26.210	0,00	1,57	1,55	1,04
410	Neurochirurgie		207	46	27.866	0,00	0,01	0,00	0,02
460	Orthopädie	56	15.930	27.079	439	1,90	0,58	0,77	1,14
470	Pathologie				30.611	0,00	0,00	0,00	0,00
540	Radiologie					0,00	0,00	0,00	0,00
550	Strahlentherapie		17	58		0,00	0,00	0,00	0,00
560	Urologie	24	5.335	7.322	13	0,82	0,20	0,21	0,33
590	Nuklearmedizin				8.939	0,00	0,00	0,00	0,00
630	Physikalische und rehabilitative Medizin		2.959	6.801		0,00	0,11	0,19	0,17
640	Psychotherapeutische Medizin	7	264.991	342.747	4.668	0,24	9,69	9,72	7,65
660	Allgemeinmedizin	1.595	335.799	422.808	205.229	54,18	12,28	11,99	24,21
710	Fachwissenschaftler				649.163	0,00	0,00	0,00	0,00
712	Nichtärztliche Verhaltenstherapeuten	68	906.689	1.211.816		2,31	33,15	34,37	27,40
713	Nichtärztliche Psychotherapeuten	123	495.855	658.674	734.700	4,18	18,13	18,68	15,15
714	Nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	40	261.421	283.619	406.172	1,36	9,56	8,04	5,85
770	Einrichtungen nach § 311 bzw. § 117 SGBV (N.L.)	384	115.850	169.365	156.951	13,04	4,24	4,80	5,64
780	Sonstige Leistungserbringer		6.592	7.134	151.165	0,00	0,24	0,20	0,14
	<b>Summe Psychotherapie etc. (380/400/405/640/712/713/714)</b>	<b>267</b>	<b>2.012.006</b>	<b>2.598.285</b>	<b>1.563.345</b>	<b>9,07</b>	<b>73,56</b>	<b>73,69</b>	<b>58,31</b>
990	<b>Summe Abrechnungsgruppen</b>	<b>2.944</b>	<b>2.735.263</b>	<b>3.526.110</b>	<b>2.681.158</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Innerhalb der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie sind es insbesondere die (antragspflichtigen) psychotherapeutischen Sitzungen, auf die im Laufe des Jahres 2022 mittlerweile alle dieser videobasierten Gespräche entfallen. In der Quartalsbetrachtung gemäß Tabelle 6-3 ist zu erkennen, dass Videokonferenzen im Bereich der probatorischen Sitzungen und innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde so gut wie keine Bedeutung mehr haben.

**Tabelle 6-3: Videosprechstunden in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie 2021**

Werte	Sitzungsform	Quartal				2022	2021
		1	2	3	4		
Anzahl Sitzungen	A) Probatorische Sitzung (50 min)	27.924	188	40	7	28.159	110.003
	B) Psychotherapeut. Sprechstunde (25 min)	100.101	391	60	14	100.566	314.017
	C) Psychotherapeutische Sitzung (50 min)	681.184	289.767	247.385	268.850	1.487.186	2.363.394
Anteil in %	A) Probatorische Sitzung (50 min)	3,45	0,06	0,02	0,00%	1,74	3,95
	B) Psychotherapeut. Sprechstunde (25 min)	12,37	0,13	0,02	0,01	6,22	11,27
	C) Psychotherapeutische Sitzung (50 min)	84,18	99,80	99,96	99,99	92,03	84,79
<b>Gesamt: Anzahl Sitzungen</b>		<b>809.209</b>	<b>290.346</b>	<b>247.485</b>	<b>268.871</b>	<b>1.615.911</b>	<b>2.787.414</b>
<b>Gesamt: Anteile in %</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WiDO 2024

## 6.4 Nachweise von SARS-CoV-1: Abstriche und Nukleinsäurenachweis des beta-Corona-Virus SARS-CoV-2

Über die EBM-Leistungen 32811 („Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App“) und 32816 („Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2“) werden die sogenannten PCR-Tests und über die EBM-Leistung 32779 („Nachweis von Virus-Antigenen“) die sogenannten Schnell-Tests vergütet, sofern sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen wurden. Diese Schnell- und PCR-Tests als GKV-Leistung sowie deren EBM-Abrechnungsmöglichkeiten gab es im Laufe des Jahres 2020. Auf sie entfielen im Jahr 2022 mehr als 16 Mio. Tests, mit Leistungsausgaben in Höhe von circa 523 Mio. Euro. Zudem wurden in mehr als vier Mio. Fällen die EBM-Zusatzpauschalen 02402, 02402A und 02403 für Abstriche und ärztliche Beratungen in Höhe von insgesamt mehr als 75 Mio. Euro abgerechnet.

Bei diesen die vertragsärztliche Versorgung betreffenden Zahlen ist zu berücksichtigen, dass erhebliche Anteile dieser Tests und Abstriche außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung bzw. an zahlreichen anderen Stellen (z. B. in Testzentren) durchgeführt und nicht über die gesetzliche Krankenversicherung vergütet wurden.



**Tabelle 6-4: Leistungen für Test auf SARS-CoV-2 inklusive zugehörige Abstriche bei niedergelassenen Ärzten**

GOP	Bedeutung der GOP	2020		2021		2022	
		Frequenz	Euro-Betrag	Frequenz	Euro-Betrag	Frequenz	Euro-Betrag
2402	Zusatzpauschale im Zusammenhang mit den GOPen 32779, 32811 oder 32816 (Abstrich)	4.112.661	33.063.921	11.857.415	96.272.103	8.957.319	73.649.785
2403	Zuschlag zur GOP 02402	148.669	1.045.364	388.611	2.766.032	292.944	2.112.011
32779	SARS-CoV-2 Nachweis von Antigenen	8.768	94.694	50.192	542.060	56.479	609.973
32816	Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	10.198.423	439.802.952	13.090.551	475.933.496	16.100.962	522.189.224
<b>Gesamt</b>		<b>14.541.483</b>	<b>476.835.448</b>	<b>25.387.019</b>	<b>575.523.503</b>	<b>25.407.704</b>	<b>598.560.994</b>

Quelle: GKV-Frequenzstatistik

© WIdO 2024

## 7 Anhang

### 7.1 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

## 7.2 Umrechnungsfaktor für den Leistungsbedarf

Der Leistungsbedarf insgesamt wird in Punkten ausgewiesen. Der Leistungsbedarf für die in Euro-Beträgen abgerechneten Leistungen wird deshalb in Punkte umgerechnet. Hierzu wird der Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (0,111244 Euro) herangezogen, wie ihn der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 67. Sitzung am 15.09.2020 für das Jahr 2021 festgelegt hat.

## 7.3 Datenbasis zu Abbildung 2

Tabelle 7.3-1: Entwicklung der Leistungen nach Budgetkennung

Jahr	MGV in %	EGV in %
2012	76,02	23,98
2013	71,21	28,79
2014	70,60	29,40
2015	70,06	29,94
2016	69,44	30,56
2017	68,27	31,73
2018	66,17	33,83
2019	63,96	36,04
2020	57,38	42,62
2021	58,30	41,70
2022	57,34	42,66

Quelle: Formblatt 3 2012 bis 2022 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

© WIdO 2024