



Die Honorarsituation der niedergelassenen Radiologie

Autoren

Dr. Reinhard Bock, Dr. Matthias Boos, Dr. Christoph Hahn, Dr. Peter Nunninger, Dr. Klaus-M. Ricken, Dr. Friedrich-Wilhelm Roloff, Dr. Stefan Schneider, Dr. René H. Walser, Jürgen Witt, Dr. Thilo-Andreas Wittkämper, Dr. Wilfried Wolfgarten (Fachbeirat des Radiologienetz Deutschland)

Dr. Johannes Schmidt-Tophoff, Carsten Krüger, Olaf Ertel, Till Wippermann (Curagita AG)

Kontakt

Dr. Johannes Schmidt-Tophoff
Sekretariat
Radiologienetz Deutschland
Ringstr. 19 B
69115 Heidelberg

Inhaltsübersicht

Die Honorarsituation der niedergelassenen Radiologie.....	1
Spitzenverdiener Radiologe – Märchen und Wirklichkeit.....	1
„Honorar“, „Einkünfte“ oder „Einkommen“ – wovon wir wirklich sprechen	1
Die „standardisierte radiologische Praxis“: PKV und GKV in einheitlicher Darstellung	2
Quersubventionierung deckt die Verluste der Kassenradiologie nicht mehr	3
Das Eigenkapital des Radiologen – die ignorierten Kosten	4
Die EBM-Vergütung beruht auf falschen Annahmen und Daten.....	5
Radiologen finden kein Gehör	6
So schlimm ist es doch gar nicht?! - Was den Radiologen entgegengehalten wird	7
„Die Daten sind verfälscht.“	7
„In Ostdeutschland überlebt die Kassenradiologie sogar fast ohne Privatpatienten.“	7
„Das Mammographie-Screening gleicht Einkommenseinbußen aus dem RLV aus.“	7
„Die Gerätetechnik ist immer billiger geworden.“	7
„Die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) spült frisches Geld in die Niederlassungen.“ ..	7
„Wieso sind noch nicht alle Radiologiepraxen pleite?“	8
Bürgerversicherung: Die Grundlagen müssen stimmen	8
Wofür es sich zu kämpfen lohnt: Effizienzweltmeister Deutschland	9
Frisches Geld? Nein, die Ressourcen sind schon da.	9
Ein neues, gerechtes Honorarsystem	9

Die Honorarsituation der niedergelassenen Radiologie

Der Radiologe gilt als einer der Spitzenverdiener unter den niedergelassenen Ärzten. Häufig zitieren die Medien Statistiken, in denen Radiologen an der Spitze der „Ärzteeinkommen“ stehen – ob es sich dabei in Wahrheit um Umsätze, Kassenhonorare oder vermeintliche Gewinne handelt, spielt offenbar keine Rolle. Haben die Radiologen also keinen Grund zu klagen? So einfach ist es nicht: Beeindruckenden Umsätzen stehen im Vergleich zu anderen Fachgruppen deutlich höhere Kosten gegenüber, die den Radiologen schlechter stellen. Das will nur bisher niemand wahrhaben.

Nicht nur die Kosten machen den Radiologen zu schaffen. Die Honorare für die Versorgung gesetzlich Versicherter sind seit Jahren rückläufig, doch nun droht auch die Quersubventionierung durch Privateinnahmen wegzubrechen: Die Einführung der Bürgerversicherung würde eine einheitliche Leistungsvergütung für die Ärzte mit sich bringen – mit unabsehbaren Folgen für die radiologischen Praxen, die wie keine andere Fachgruppe auf die Quersubventionierung aus Privateinnahmen angewiesen sind.

Das Radiologienetz Deutschland, größtes Praxisnetz in der niedergelassenen Radiologie in Deutschland mit 360 Radiologen in über 100 Praxen und 70 angeschlossenen Krankenhausabteilungen, hat die Auswirkungen des Honorarrückgangs längst zu spüren bekommen. Auf der Suche nach nachhaltigen Lösungen hat das Radiologienetz im Jahr 2011 die umfassende Studie „CuraSEQUENZ“ zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der deutschen Radiologie erstellt. Dabei werden nicht nur die Irrtümer und Missstände der radiologischen Leistungsvergütung aufgedeckt; es wird vor allem gezeigt, wie mit den heute vorhandenen Mitteln eine zukunftssichere und nachhaltige Radiologie gestaltet werden kann.

Spitzenverdiener Radiologe – Märchen und Wirklichkeit

Jeder weiß es – Radiologen verdienen von allen niedergelassenen Fachärzten am meisten. Das steht ja in der FAZ¹, im Focus² oder auch in der Bild³. Focus ergänzt dies beispielsweise mit einer Tabelle („Arzthonorare im Überblick“): Der Radiologe kassiert jährlich 402.200 € und liegt damit natürlich an der Spitze. Aber was bedeuten solche Zahlen wirklich? Dass „Honorar“ nicht das Gleiche ist wie „Umsatz“, „Einnahmen“, „Überschuss“, „Verdienst“, „Gewinn“, „Einkommen“ oder gar „Gehalt“, muss man sich erst einmal bewusst machen.

„Honorar“, „Einkünfte“ oder „Einkommen“ – wovon wir wirklich sprechen

- **„Umsatz“** bezeichnet alle Geldwerte, die der Radiologe in seiner Praxis einnimmt und entspricht dem steuerrechtlichen Begriff **„Einnahmen“**.
- **„Honorar“** bezeichnet alle Geldwerte, die der Radiologe durch medizinische Leistungen in der Praxis erwirtschaftet. Oftmals ist damit aber nur das Honorar aus der gesetzlichen Krankenkasse ohne sonstige Honorare (PKV, Selbstzahler, Einnahmen aus Krankenhauskooperationen etc.) gemeint, wie etwa auch im o. g. Focus-Artikel. Wir machen diese ausdrücklich als „GKV-Honorare“ kenntlich.
- **„Gewinn“** entsteht, wenn die periodengerechten, gewöhnlichen bzw. betriebsbedingten Kosten (inkl. kalkulatorischen Kosten) von sämtlichen Umsätzen abgezogen werden. **„Gewinn“** entspricht dem **„Überschuss“**, wenn die Kosten um außerperiodische, außergewöhnliche und betriebsfremde Zahlungen des Freiberuflers bereinigt werden. Relevant ist in diesem Zusammenhang vor allem die im englischsprachigen Raum übliche Klarstellung **„EBIT“** („earnings before interest, taxes“, entspricht „Gewinn vor Zinsen und Steuern“); im deutschen Sprachraum verschleiert die Darstellung als „Gewinn“, dass damit wesentliche Kostenarten gar nicht erfasst sind.
- **„Einkommen“** ist das, was Radiologen nach Abzug aller Aufwendungen aus ihrer ärztlichen Tätigkeit übrig behalten. Dabei müssen alle betriebswirtschaftlichen Kosten der kapitalintensiv, aber freiberuflich mit vollem Risiko arbeitenden Praxisunternehmer berücksichtigt werden, von denen

¹ Vgl. FAZ vom 26.08.2008: *Nienhaus, L.*, Reiche Ärzte, arme Ärzte

² Vgl. Focus Online vom 15.04.2009: *Wolf, T.*, Jammern auf hohem Niveau

³ Vgl. Bild vom 23.01.2009

viele aber in öffentlichen Statistiken gar nicht erfasst sind – eben Zinsen bzw. Kapitalkosten, Steuern und Abschreibungen auf Sonderbetriebsvermögen. Daher betrachten wir zur realistischen Wiedergabe der wirtschaftlichen Lage das Radiologeneinkommen als maßgebliche Größe. Mit einem „Gehalt“ ist das Einkommen aus dem Betrieb einer radiologischen Praxis nicht vergleichbar: Altersversorgung und Sozialversicherung muss der niedergelassene Arzt selbst in voller Höhe von seinem Einkommen leisten. Zum Vergleich: Angestellte radiologische Chefärzte im Krankenhaus verdienen ohne risikobehafteten Kapitaleinsatz ein durchschnittliches Bruttogehalt von 257.000 ⁴€, bei dem Altersversorgung und Sozialversicherung zur Hälfte durch den Arbeitgeber mitgetragen werden. Dies – korrigiert um das Eigenkapitalrisiko (sog. Unternehmerlohn) – müsste der Maßstab für die Wirtschaftlichkeit der Niederlassung sein. Doch im Vergleich wird deutlich, dass der niedergelassene Radiologe gegenüber dem Chefarzt weit in Nachteil geraten ist.

Die „standardisierte radiologische Praxis“: PKV und GKV in einheitlicher Darstellung

Neben der GKV sorgen Privatpatienten für Einnahmen in der Praxis. Diese werden nach einer anderen Gebührenordnung, der GOÄ, abgerechnet. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) der gesetzlichen Kassen und die GOÄ weisen in Leistungskatalog und Systematik erhebliche Unterschiede auf; deshalb gibt es Untersuchungen darüber, wie groß die Differenz in der Vergütung zwischen den Versicherungssystemen ist. Dabei wurde über alle Arztgruppen und Untersuchungsarten hinweg ein Aufschlagsfaktor von 2,28 für die PKV ermittelt.⁵ Das heißt: Durchschnittlich wird dem niedergelassenen Arzt die vergleichbare Behandlung eines privat versicherten Patienten 2,28-mal besser vergütet.⁶

Bei der Standardisierung einer Praxis wird ermittelt, welchen Umsatz die Praxis erzielt hätte, wenn an Stelle der Privateinnahmen GKV-Einnahmen vorgelegen hätten. Damit erhält man eine transparente und kompatible Datenbasis, die nicht nur für Vergleiche zwischen radiologischen Praxen, sondern auch zwischen Facharztgruppen geeignet ist. Die Praxis, die sich aus dieser Vereinheitlichung ergibt, bezeichnen wir im Folgenden als „standardisierte radiologische Kassenpraxis“.

Die gemeinsame Selbstverwaltung im ambulanten Gesundheitswesen (Krankenkassen und niedergelassene Ärzte) hat sich für die Bewertung des EBM auf ein kalkulatorisches Arztgehalt von 105.575 € p.a. verständigt. Ein Arzt, der ausschließlich für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen tätig ist, soll diesen Betrag bei Erfüllung seines Versorgungsauftrags verdienen.

Von dieser Vorgabe ist die radiologische Kassenpraxis jedoch weit entfernt, wie mehrere voneinander unabhängige Untersuchungen der letzten beiden Jahre beweisen. Das IGES-Institut stellt in seiner Studie⁷ zum Einkommen niedergelassener Ärzte im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen zwar die Behauptung auf, dass ein niedergelassener Radiologe alleine aus seiner Tätigkeit als Vertragsarzt über ein jährliches Einkommen von 110.000 € verfügt. Das IGES setzt allerdings eine viel zu niedrige Quote (2,3 statt 4 bis 6) bei der Umrechnung von radiologischen PKV-Leistungen in GKV-Werte an⁸. Außerdem bezieht sich das Institut auf Daten des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007.

Mittlerweile – und das müssen selbst die Gesetzlichen Krankenkassen zugeben – sind die Kasseneinnahmen pro Radiologe in Folge der letzten Honorarreform deutlich gesunken. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) gelangt in seiner Untersuchung „ZIPP 2010“⁹ zu der Erkenntnis, dass Radiologen lediglich ein Durchschnittseinkommen i. H. v. 45.000 p. a. verbleibt. Wie ist das möglich?

⁴ Vgl. Kienbaum Management Consultants, Krankenhäuser 2011

⁵ Vgl. Walendzik, A. et al.: Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, 2008

⁶ Eine Untersuchung von Curagita (2012) zeigt jedoch, dass dieser Aufschlagfaktor in der Radiologie bei 4 bis 6 liegt. Mehr dazu unten, siehe „Wieso sind noch nicht alle Radiologiepraxen pleite?“

⁷ Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, Berlin, August 2010

⁸ Vgl. unten: „Wieso sind noch nicht alle Radiologiepraxen pleite?“

⁹ Das Zi zieht eigens ermittelte Daten aus 2008 heran. Der dramatische Einnahmerückgang in der GKV fand aber ab 2009 statt.

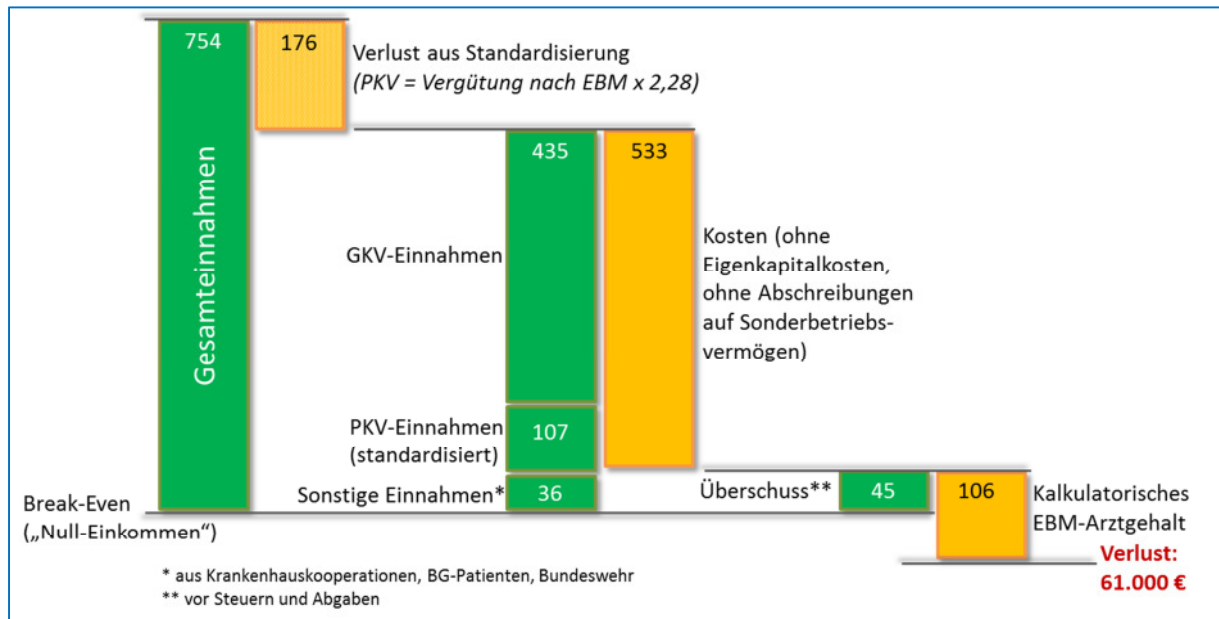


Abbildung 1: Umsatz und Kosten pro Radiologe (nach ZiPP)

Für die Radiologen heißt das: Die Untersuchung von GKV-Patienten wird Jahr für Jahr unwirtschaftlicher. Dass sie alle Anstrengungen unternehmen, ihre Kosten zu senken, versteht sich von selbst. Aber gerade hier gibt es kaum Spielraum: Löhne, Energie- und Wartungskosten, Miete – über 80 % der Praxiskosten sind fixe Kosten. Substanzielle Verbesserungen sind also nur auf der Einnahmenseite möglich.

Quersubventionierung deckt die Verluste der Kassenradiologie nicht mehr

Aktuelle Berechnungen für die Betrachtung der standardisierten radiologischen Kassenpraxis liefern das oben genannte Gutachten des IGES und der Jahresbericht des ZiPP¹⁰ mit Daten aus 2008. Kalkuliert man mit diesen Daten anhand der oben genannten Methodik die „standardisierte radiologische Kassenpraxis“, ergibt sich ein Gesamtumsatz von 600.000 € (IGES) bzw. 579.000 € (ZiPP). Zieht man davon die Praxiskosten und das kalkulatorische Arztgehalt ab, bleibt von diesem Umsatz fast nichts übrig (IGES) oder es entsteht bereits ein beträchtlicher Verlust (ZiPP).

¹⁰ Vgl. Zi (Hrsg.): Zi-Praxis-Panel, Jahresbericht 2010

	IGES*	ZIPP 2008**	CuraSEQUENZ 2009 Hochrechnung***
GKV-Honorare	446	480	423
PKV standardisiert	122	117	107
Sonstige	32	48	
Bereinigungsfaktor k		1,12	
= Gesamthonorare	600	579	530
- Gesamtkosten 1	490	534	515
Überschuss vor Steuern und kalkulatorischem Arztgehalt	110	45	15
Arztgehalt GKV	106	106	106
= Total-Gesamtkosten	596	640	621
= Gewinn vor Steuern	4	-61	-91

* Punktwert 3,5 ct., GOÄ-Faktor 2,3; ** Punktwert 3,5 ct., GOÄ-Faktor 2,3; *** Punktwert 3,0 ct., GOÄ-Faktor 2,91 inkl. sonstige

Abbildung 2: Übersicht Einkommensberechnungen

Der radiologische Chefarzt wäre wohl kaum bereit, für 45.000 € seinen Dienst zu versehen – aber er wäre dabei immerhin schon sozialversichert, ganz im Gegensatz zum niedergelassenen Kollegen.

Sieht diese Statistik schon ernüchternd aus, so wird das ganze Ausmaß der Problematik erst deutlich, wenn man sich erinnert, dass von diesem Gewinn (oder Verlust) auch noch Steuern und vor allem die Kosten für das eingesetzte Eigenkapital des Radiologen abzuziehen sind.

Das Eigenkapital des Radiologen – die ignorierten Kosten

Ein Investor, der eigenes Geld in eine risikobehaftete Unternehmung steckt, erwartet dafür eine angemessene Kapitalverzinsung. Diese Verzinsung muss nicht nur das zusätzliche Risiko gegenüber sicheren Anlageformen (etwa Bundesschatzbriefe) kompensieren, sondern auch die Opportunitätskosten in Form von entgangenen Kapitalmarktzinsen widerspiegeln. Diese betriebswirtschaftliche Selbstverständlichkeit wird aber im regulierten Markt der ambulanten Patientenversorgung völlig außer Acht gelassen. Das ist unproblematisch bei sog. „sprechenden Ärzten“, bei kapitalintensiv arbeitenden Gerätemedizinern aber betriebswirtschaftlich falsch.

Nachdem in Deutschland fast alle Zulassungsbezirke für Radiologen gesperrt sind, ist die Niederlassung nur durch die Übernahme bzw. den Einstieg in eine bestehende Praxis möglich. Welche Kosten dieser Kapitaleinsatz für den Radiologen hat, lässt sich ohne weiteres berechnen. Ausgangspunkt sind Bankenstatistiken, die Investitionen in Höhe von 800.000 € für den KV-Sitz und die Praxisanteile inklusive Geräteausstattung ausweisen. Diese Kosten bringt allein schon der Einstieg in die Niederlassung mit sich; sie müssen über die gesamte Laufzeit einer Praxis zur Patientenversorgung vorgehalten werden. Diese Kosten sind jedoch vom Radiologen privat zu finanzieren und abzusichern. Im Rahmen der statistischen Auswertungen tauchen diese Zahlen deshalb nicht auf (Sonderbetriebsvermögen).

Wendet man die gängige Methoden wie z. B. die CAPM-Methode (Capital Asset Pricing Model) an, so ergeben sich – konservativ kalkuliert – branchentypische Eigenkapitalzinsen von 8 %. Dies sind jährli-

che kalkulatorische Kosten von immerhin 64.000 €, die in keiner Aufstellung berücksichtigt werden. Umgekehrt muss man für die private Kreditaufnahme des Radiologen in Höhe von 800.000 € auf Grund der unter Basel-3-Bedingungen bestenfalls mit „befriedigend“ zu bewertenden Bonität¹¹ ebenso mit 7 bis 8 % Zinsen rechnen – diese Kosten muss der Radiologe aber unabhängig von der Praxis tragen, was in nicht wenigen Fällen trotz vordergründig funktionierenden Praxisbetriebs zur Privatinsolvenz führt.

Selbst die IGES-Praxis befindet sich also bei korrekter Berechnung mit 60.000 € in der Verlustzone. Dass dies bislang ignoriert worden ist, widerspricht jeglicher betriebswirtschaftlicher Vernunft. Welcher Chefarzt würde sich verpflichten lassen, privat in sein Krankenhaus zu investieren, wenn er dafür Kredit aufnehmen muss und nicht einmal eine Eigenkapitalverzinsung, geschweige denn eine Dividende erwarten kann?

Die EBM-Vergütung beruht auf falschen Annahmen und Daten

Als der EBM 2000plus nach jahrelangen Verhandlungen zum 1. April 2005 in Kraft trat, waren die radiologischen Leistungen gegenüber der Vorgängerversion neu beschrieben und in einem umfangreichen Verfahren neu bewertet worden. Diese Bewertung basierte laut KBV auf einem als kostendeckend angesehenen Punktwert von 5,11 Cent. Allerdings wurde dieser theoretische Wert in den Honorarverteilungsverträgen der regionalen KVen von Anfang an nicht oder nur unter Zuhilfenahme einer rigiden Mengenbegrenzung¹² erreicht.

Ohne dass es neue Berechnungsgrundlagen gegeben hätte, wurde der Punktwert 2009 auf (nominell) 3,5 Cent gesenkt; real ausgezahlt werden aufgrund der nicht ausreichenden Gesamtvergütung und des gedeckelten Regelleistungsvolumens in den KVen weiterhin nur 2,5 bis 3,0 Cent. Den Radiologen, dessen Abrechnung sich zu 80 % auf technische Leistungen mit fixen Kosten bezieht, trifft diese Abwertung ins Mark: Jeder Einsatz eines technischen Geräts vergrößert sein Defizit. Auch die 2008 erfolgte Korrektur der Punktmengen für MRT konnte die Abwertung bei weitem nicht kompensieren.

Verstärkt wird der Abwertungseffekt dadurch, dass die Berechnungsgrundlagen des EBM nicht mehr zeitgemäß sind. In den 1990er Jahren spielte MRT eine geringere Rolle gegenüber anderen Leistungen; viele Praxen besaßen gar keinen MRT. Dementsprechend wurden nach heutigen Maßstäben zu geringe MRT-Anteile an den Gesamtkosten der Praxis angesetzt. Auch die Kosten der IT-Umgebung, der Wartung, des Qualitätsmanagements und der Versicherungen würden bei einer Neuberechnung deutlich höher angesetzt werden müssen. Auf der anderen Seite hat auch die Leistungsanforderung an den Radiologen deutlich zugenommen: Die Menge der Schnittbildleistungen ist allein zwischen 2005 und 2009 um 17 % gestiegen und die Zahl der einzelnen Bilder hat sich vervielfacht („Filme statt Bilder“). Der Radiologe ist bei rückläufiger Vergütung also erheblich produktiver geworden, wie die Barmer GEK-Studie beweist.¹³

¹¹ Kreditausfallwahrscheinlichkeit branchentypisch bei 1,4 % und Kreditlaufzeit 24 Jahre (durchschnittliche Niederlassungszeit)

¹² Bayern, Nordrhein

¹³ Vgl. *Barmer GEK (Hrsg.): Barmer GEK Arztreport 2011*

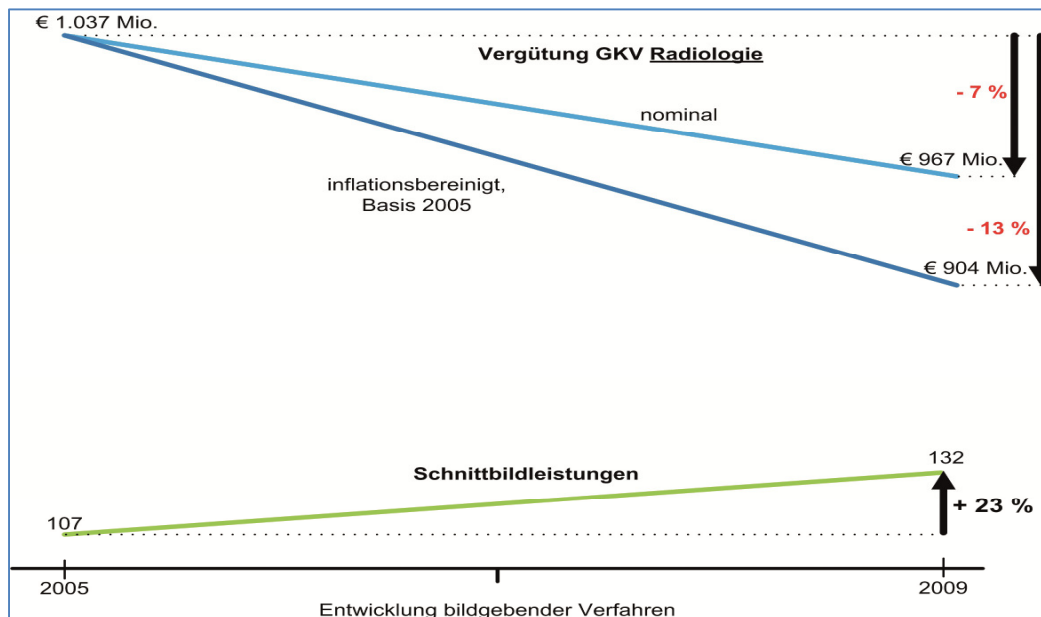


Abbildung 3: Mehr Leistung für weniger Geld

Radiologen finden kein Gehör

Die Radiologen selbst weisen seit Jahren auf die sich stetig verschlechternden Bedingungen hin. Aber dies stößt in der Öffentlichkeit angesichts der einseitigen und irreführenden Berichterstattung der Medien auf taube Ohren. Welcher Gesundheitsberichterstatter versteht schon den Unterschied zwischen Gewinn und Einkommen und kann mit den Begriffen „Sonderbetriebsvermögen“ oder „Eigenkapitalkosten“ etwas anfangen? Der Eindruck wird verstärkt von interessengebundenen Veröffentlichungen wie dem „Faktenblatt“ des GKV-Spitzenverbandes¹⁴, wonach der Radiologe 78.000 € mehr „Einkommen“ erzielt als der zweitplatzierte Orthopäde. Dabei greift der Verband auf die Daten des Statistischen Bundesamtes zurück und „vergisst“, dass es neben betriebsbedingten Aufwendungen auch Abschreibungen auf Sonderbetriebsvermögen und Eigenkapitalkosten gibt, die den Radiologen letztlich zum Schlusslicht machen. Wie ein Fachgruppenvergleich auf der Basis realistischer Zahlen aussieht, zeigt die folgende Abbildung:

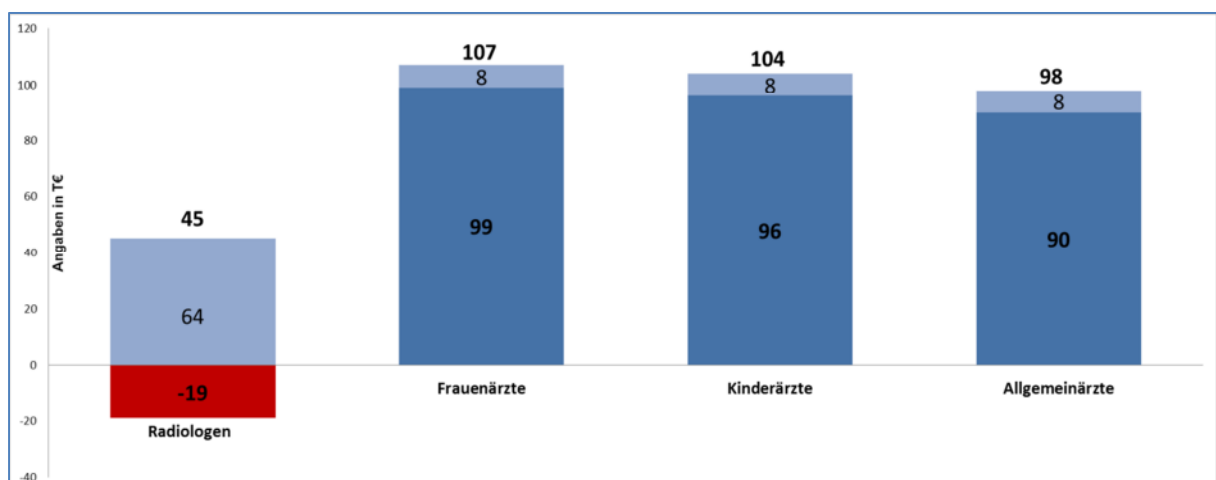


Abbildung 4: Vergleichbare GKV-Überschüsse von Fachärzten nach Eigenkapitalkosten (ohne kalkulatorisches Arztgehalt, vor Steuern und Abgaben)

¹⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Faktenblatt Thema „Ärztliche Vergütung“, 2011

In den Gremien der Selbstverwaltung haben es die Radiologen schwer: Mit 2 % der Ärzteschaft sind sie unterrepräsentiert, so dass im innerärztlichen Verteilungskampf wenig Rücksicht auf die Radiologie genommen wird. Zudem sind sie auf Zuweisungen durch ihre fachärztlichen Kollegen angewiesen. Honorarsteigerungen zu Lasten anderer Fachgruppen sind deshalb nicht in Sicht; zusätzliche Einkünfte, etwa aus IGeL-Leistungen, wie sie in anderen Fachgruppen gang und gäbe sind, kann der Radiologe mangels rechtfertigender Indikation nicht generieren.

Der radiologische Chefarzt im Krankenhaus darf sich freuen: Gutes Einkommen, kein Risiko – und dafür, dass dies so bleibt, sorgt der Marburger Bund.

So schlimm ist es doch gar nicht?! – Was den Radiologen entgegengehalten wird

Alle Fakten, die wir oben dargestellt haben, sind bekannt und belegt, aber mit zahlreichen Einwendungen wird versucht, den Blick auf die dramatische Gesamtsituation zu verschleiern.

„Die Daten sind verfälscht.“

Die Datenbasis ist publiziert und jedermann zugänglich: Statistisches Bundesamt, IGES, ZiPP. Ebenso kann man dort nachlesen, welche Kosten in diesen Veröffentlichungen nicht berücksichtigt worden sind. Wir haben uns im Gegensatz zu den bisherigen Veröffentlichungen die Mühe gemacht, genau dort weiterzurechnen. Denn so können wir transparent aufzeigen, warum die Radiologie in eine solche Schieflage geraten ist.

„In Ostdeutschland überlebt die Kassenradiologie sogar fast ohne Privatpatienten.“

In Ostdeutschland wird dies durch andere Faktoren kompensiert: Niedrige Mieten und Personalkosten, Anschubfinanzierung für Investitionen, zahlreiche Krankenhauskooperationen, hohe Teilnahmequoten am Mammographiescreening. Ein unerwünschter, aber folgerichtiger Effekt der fehlenden Quersubventionierung ist die geringe Versorgungsdichte bei extrem hoher Geräteauslastung und längerer Wartezeit.

„Das Mammographie-Screening gleicht Einkommenseinbußen aus dem RLV aus.“

Es ist richtig, dass das Mammographie-Screening für zusätzliche Einkünfte für einige wenige Radiologen sorgt. Diese müssen jedoch auch besondere Qualitätsanforderungen erfüllen und haben eine aufwendige Zertifizierung sowie eine teure Startfinanzierung hinter sich gebracht. Zudem sind die Screening-Einheiten, soweit sie überhaupt von niedergelassenen Radiologen betrieben werden, selbstständige Praxen außerhalb der Regelversorgung mit extrabudgetärer Vergütung. Nach der Einführungsphase ist nun auch in diesem Bereich mit Vergütungskürzungen zu rechnen. Zur nachhaltigen flächendeckenden radiologischen Versorgung trägt das Mammographie-Screening jedenfalls nicht bei.

„Die Gerätetechnik ist immer billiger geworden.“

In €/Tesla(MRT) oder €/Zeile (CT) gerechnet stimmt das, aber das nützt dem Radiologen wenig: Er muss immer noch fast das gleiche Geld für ein neues Gerät ausgeben, auch wenn dies nun leistungsfähiger sein mag. Im Gegenzug ist die Wartung, die IT-Umgebung, die Vernetzung und die Versicherung der Geräte immer teurer geworden sind. Vor allem ist im Zuge der rasanten medizintechnischen Innovation die Nachfrage nach hochwertigen Leistungen, insbesondere MRT, so stark gewachsen, dass der Radiologe gezwungen ist, in höhere Geräteklassen zu investieren; dieser Sortimentseffekt wirkt sich viel stärker aus als geringfügige Preissenkungen für einzelne Geräte.

„Die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) spült frisches Geld in die Niederlassungen.“

Zunächst einmal: Die ASV muss vom GBA noch definiert werden. Und frisches Geld wird es nicht geben, sondern es wird aus den bestehenden Töpfen lediglich umverteilt. Das geht zu Lasten der

Niedergelassenen, denn die ASV öffnet den Markt der ambulanten Versorgung für die kapitalstärkeren Krankenhäuser, die zudem niedrigere Qualitätsanforderungen erfüllen müssen. Zu erwarten ist, dass sich die spezialfachärztliche Versorgung auf wenige Zentren an spezialisierten Kliniken konzentriert. Ob niedergelassene Radiologen dann überhaupt eine Chance bekommen, in die Behandlungskette einbezogen zu werden, ist fraglich.

„Wieso sind noch nicht alle Radiologiepraxen pleite?“

Die vorgestellten Fakten legen eine so dramatische Situation dar, dass man unweigerlich zur Frage kommt: Wieso gibt es überhaupt noch radiologische Praxen? Müssten die nicht längst alle pleite sein? Nun, der Trend geht tatsächlich in diese Richtung: Nach Schätzungen des Radiologienetz befinden sich 2 % der Praxen im Insolvenzverfahren, 5 % stehen kurz davor und 20 % sind bereits überschuldet. Das meiste spielt sich im Hintergrund ab: Kassenarztsitze werden von großen Ketten aufgekauft, die Radiologen zu Angestellten machen. Zwischen 2002 und 2010 ist die Zahl der Radiologen in Großverbänden von 60 auf 205 gestiegen, dies sind immerhin 7 % aller ambulant tätigen Radiologen. Gleichzeitig ist die Zahl der Einzelpraxen von 1.040 auf 340 zurückgegangen. Damit einher geht die Standortballung an wohnortferneren, aber kostengünstiger zu betreibenden Radiologiezentren, auch am Krankenhaus. Viele Radiologen stehen unter Kuratel von Kreditgebern und Industrie. KV-Einnahmen sind sicherungsübereignet, Mieten werden gestundet, Geräte verpfändet. Radiologen begeben sich immer häufiger in Privatinsolvenz, wenn sie ihren Praxisbetrieb nicht z. B. durch die eigene, mietfreie Immobilie privatsubventionieren. Da der KV-Sitz selbst aber erhalten bleibt, ist davon für Außenstehende zunächst nicht viel zu merken: Die Patienten werden nach wie vor versorgt.

Der Strohalm, an den sich die überlebenden Praxen klammern, sind die Privateinnahmen, zu denen auch die über GOÄ-Tarif vergüteten Einnahmen aus der zunehmenden Zahl von Krankenhauskooperation gehören. Zwar haben wir oben den allgemein bekannten Aufschlagsfaktor von 2,28 angesetzt, um transparente und vergleichbare Daten zu erhalten, doch eine Untersuchung, die Curagita 2012 in radiologischen Praxen durchgeführt hat, belegt, dass dieser Aufschlagsfaktor in der Radiologie vermutlich mehr als doppelt so hoch ist (zwischen 4 und 6). Dies hat hauptsächlich mit der Bewertung der technischen Leistungen zu tun: Während diese im EBM unterbewertet sind, bildet die GOÄ dies mit den entsprechenden Aufschlagfaktoren annähernd kostendeckend ab. Dies reicht heute für gut wirtschaftende Praxen gerade noch aus, um den Betrieb am Laufen zu halten und das Niveau der Versorgung zu sichern. Währenddessen werden aber die Praxiswerte – immerhin Teil der Altersvorsorge und in Form der Geräteausstattung wesentlicher Faktor für die Versorgungsqualität – durch Privatentnahmen und Investitionsrückgang im laufenden Betrieb ausgezehrt.

Bürgerversicherung: Die Grundlagen müssen stimmen

So bedrohlich die Lage schon heute ist, zieht noch eine neue Gefahr für die radiologische Patientenversorgung auf: Die Bürgerversicherung soll die Unterschiede zwischen PKV und GKV einebnen und so das System der GKV aufrechterhalten. Damit einhergehen soll eine einheitliche Leistungsvergütung, die den Ausfall der GOÄ über den dann angepassten EBM kompensiert. Es ist zu vermuten, dass der Aufschlagsfaktor von 2,28 dabei eine wesentliche Rolle spielen wird. Dass dieser aber in der Radiologie in Wirklichkeit zwischen 4 und 6 liegt, muss den Entscheidungsträgern rechtzeitig vor der Umsetzung bewusst werden, da sonst die Existenz der gesamten niedergelassenen Radiologie aufs Spiel gesetzt wird. Der wirtschaftliche Betrieb einer Radiologiepraxis ist ohne die Einkünfte aus der PKV bzw. ohne eine vollständig kompensierende Verbesserung des EBM-Vergütungssystems unmöglich. Insbesondere die reale Kostenstruktur der heutigen Radiologie inklusive Abschreibungen und Eigenkapitalkosten muss vor der Umsetzung der Bürgerversicherung evidenzbasiert erfasst werden und sich in einer entsprechenden Leistungsvergütung widerspiegeln. Dies gilt umso mehr in Anbetracht der offenen Frage, wie Krankenhauskooperationen, die heute üblicherweise nach GOÄ vergütet werden, innerhalb eines neuen Systems bewertet werden können. Dass die Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung ohne Folgen für diese Verträge bleibt, ist äußerst unwahrscheinlich.

Wofür es sich zu kämpfen lohnt: Effizienzweltmeister Deutschland

Oft und gerne ist die Rede von „Röntgenweltmeister“, neuerdings auch vom „MRT-Weltmeister“ (BarmerGEK) Deutschland.¹⁵ Was die Barmer GEK verschweigt: MRT substituiert bei uns wie in keinem anderen Land strahlenbelastende Röntgen- oder CT-Untersuchungen und trägt so wesentlich zum Strahlenschutz bei. Und was sie auch nicht erwähnt: Nirgendwo bekommt man eine MRT so preiswert und mit so kurzen Wartezeiten wie in Deutschland. Hohe Gerätedichte sichert eine wohnortnahe Versorgung mit hochwertiger, röntgenstrahlenfreier Diagnostik, die nachweislich zu mehr Lebensqualität und Lebenszeitverlängerung beiträgt.¹⁶

Dass die Effizienz den schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der deutschen Radiologie geschuldet ist, liegt nahe. Dass der heutige Effizienzweltmeister aber noch Spielraum für weitere Vergütungskürzungen bei höheren Leistungsmengen und stärkerer Arbeitsbelastung bietet, ist eine Illusion, die die Patientenversorgung insgesamt teuer zu stehen kommen wird. Im Gegenteil – wer eine nachhaltige Sicherung des heutigen Leistungsniveaus anstrebt, muss jetzt anfangen, dafür die notwendigen Ressourcen bereitzustellen.

Frisches Geld? Nein, die Ressourcen sind schon da.

Dass von staatlicher Seite kein frisches Geld ins System gepumpt werden wird, ist allen Beteiligten klar. Das ist aber auch gar nicht notwendig: Durch wirtschaftlichen Umgang mit dem heutigen Radiologiebudget wäre es möglich, nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung zu steigern. Doch dazu müssen alle an einem Strang ziehen, wie im evidenzbasierten Programm „CuraSEQUENZ“ des Radiologienetz Deutschland detailliert ausgeführt wird.

Die niedergelassenen Radiologen sind bereit, ihren Beitrag zu leisten: Bis zu 10 Mio. € könnten durch das innovative Programm „QUIZ – Qualitätsgesicherte und Indikationsorientierte Zuweisung“ im Radiologiebudget eingespart werden. Doch die größten Reserven schlummern im Krankenhaus und in der Teilradiologie.

In der Krankenhausradiologie müssen systembedingt jährlich 779 Mio. € aufgewendet werden, die durch nicht ausgelastete Geräte, teures Personal und Mängel im DRG-System verursacht werden. Durch sinnvolle Kooperation und Verzahnung von ambulanten und stationären Radiologien könnten diese Ressourcen in eine leistungsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung eingebracht werden, an der niedergelassene und Chefärzte partnerschaftlich partizipieren.

Gleichzeitig könnten in der Teilgebietsradiologie allein durch Abschaffung der medizinisch wie ethisch fragwürdigen Selbstzuweisung 564 Mio. € eingespart werden – denn etwa 75 % aller selbstüberwiesenen Röntgenuntersuchungen sind überflüssig, wie internationale Studien belegen.

Die dabei freigesetzten Mittel von insgesamt ca. 1,35 Mrd. € reichen aus, um niedergelassene und Krankenhausradiologen, Teilradiologen und Krankenkassen zu beteiligen, dabei den Strahlenschutz zu verbessern und die Qualität der Patientenversorgung zu heben. Allerdings ist für die aufkommensneutrale Umsetzung der Vorschläge die Hilfe der Kassen und der Politik vonnöten, sofern sie diese Reserven bergen wollen.

Ein neues, gerechtes Honorarsystem

Wie kann ein Honorarsystem aussehen, das kostendeckend, leistungsgerecht und transparent ist? „CuraSEQUENZ“ liefert eine umsetzbare Lösung. Neben der Aktualisierung des Gebührenkatalogs – was sowohl die Aufnahme neuer als auch die Streichung überflüssiger Leistungen beinhaltet – muss es darum gehen, die unzureichende Vergütung zu korrigieren. Dafür schlagen wir folgendes transpa-

¹⁵ Vgl. *Barmer GEK (Hrsg.): Barmer GEK Arztreport 2011*

¹⁶ Vgl. *Lichtenberg, F.: Quality of Medical Care, 2009*



rentes und nachvollziehbares System vor, das kurzfristig in der Lage ist, die Schwächen des EBM auszugleichen:

Die Vergütung basiert auf dem Punktwert von 5,11 Cent, der für den EBM 2000plus als kostendeckend ermittelt worden ist. Dieser Punktwert beträgt das 1,7 fache des heutigen Durchschnittswertes. Deshalb wird dieser Punktwert nur für 59 % (Kehrwert von 1,7) der bisherigen Punktmenge ausbezahlt. Nach Erreichen dieser Punktmenge wird nur noch ein Punktwert von 2,5 Cent bis zu 100 % der heutigen Punktmenge erstattet.

Die radiologische Patientenversorgung in Deutschland befindet sich derzeit auf höchstem Niveau – nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern auch durch ihre wirtschaftliche Effizienz und ihre Verfügbarkeit für alle Patienten. Damit das so bleiben kann, muss die Vergütung dringend der betriebswirtschaftlichen Realität angepasst werden. Unser Honorarmodell bietet eine einfache, umsetzbare Lösung, die im Verbund mit den weiteren Programmpunkten aus CuraSEQUENZ die Leistungsfähigkeit der ambulanten Radiologie auch innerhalb eines Bürgerversicherungssystems sichern kann.