

Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die Radiologie

Szenarien-Analyse



ANALYSE



Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die Radiologie

Szenarien-Analyse

Martin Albrecht

Monika Sander

David Sonnenberger

Ergebnisbericht

für die Deutsche Röntgengesellschaft und den
Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V.

Berlin, Mai 2026

Autoren

Dr. Martin Albrecht
Dr. Monika Sander
Dr. David Sonnenberger
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Zusammenfassung	6
1. Hintergrund	7
2. Ziel der Analyse	8
3. Datengrundlagen und methodisches Vorgehen	8
3.1 Datengrundlagen	8
3.2 Methodisches Vorgehen	10
3.2.1 GOÄ-Transkodierung	10
3.2.2 Ermittlung der Ertragssituation der Radiologie-Praxen	12
4. Ergebnisse für Radiologie-Praxen	13
4.1 Beschreibung der Praxistypen	13
4.2 Schätzung der Wirkung der geplanten GOÄ-Reform auf die privatärztlichen Erlöse	16
4.3 Schätzung der Veränderung der Ertragssituation	19
5. Ergebnisse für radiologische Krankenhaus-Fachabteilungen	21
5.1 Leistungsstrukturen der ausgewählten Krankenhäuser	21
5.2 Schätzung der Wirkung der geplanten GOÄ-Reform auf die privatärztlichen Erlöse	24
6. Alternativ-Szenario: Aufwertung technischer Leistungen	26
7. Anhang	27
A1 Capital Asset Pricing Model (CAPM)	28
A2 Anhang 2: Ergebnisse für Szenario mit kalkulatorischer Eigenkapitalverzinsung	32
Literaturverzeichnis	33
Abbildungen	4
Tabellen	4
Abkürzungsverzeichnis	5

Abbildungen

- Abbildung 1: Anteile einzelner CT-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten CT-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025) 22
- Abbildung 2: Anteile einzelner MRT-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten MRT-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025) 23
- Abbildung 3: Anteile einzelner Röntgen-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten Röntgen-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025) 24

Tabellen

- Tabelle 1: Annahmen zur Fortschreibung von Kosten und Erlösen der Radiologie-Praxen (2026-2030) 13
- Tabelle 2: Ausgewählte Kennzahlen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage nach Praxistypen (2025) 15
- Tabelle 3: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste CT-Leistungen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage 17
- Tabelle 4: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste MRT-Leistungen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage 18
- Tabelle 5: Schätzung der Veränderungen der EBT-Margen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage (2025-2030) 20
- Tabelle 6: Verteilung der häufigsten radiologischen Leistungen auf die drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025) 21
- Tabelle 7: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste radiologische Leistungen der Krankenhäuser der Datengrundlage 25
- Tabelle 8: Steuerfaktor nach Rechtsform der radiologischen Praxis 31
- Tabelle 9: Durchschnittlich angemessener Eigenkapitalzinssatz für radiologische Praxen gemäß Capital Asset Pricing Model (CAPM) 31
- Tabelle 10: Schätzung der Veränderungen der EBT-Margen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage (2025-2030) bei zusätzlicher kalkulatorischer Eigenkapitalverzinsung 32
-

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAPM	Capital Asset Pricing Model
CT	Computertomographie
DRG	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)
EBITDA	Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EBT	Earnings Before Taxes
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PRT	Periradikuläre Therapie

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

Zusammenfassung

Außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung, für deren Versicherte das Sachleistungsprinzip gilt, werden ärztliche Leistungen in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die aktuelle GOÄ stammt zu großen Teilen aus dem Jahr 1982, mit einer teilweisen Neufassung im Jahr 1996.

Nach jahrelanger Vorbereitung wurde ein gemeinsamer Entwurf der Bundesärztekammer und des PKV-Verbands für eine umfassende GOÄ-Reform vorgelegt. Die Bundesregierung plant, die GOÄ-Reform bis zum Jahr 2027 umzusetzen. Der Entwurf enthält ein grundlegend überarbeitetes Leistungsverzeichnis mit neuen Gebühren. Ein wesentliches Ziel der GOÄ-Reform besteht in einer relativen Besserstellung der Vergütung von patientenbezogenen Gesprächsleistungen. Dieser Aufwertung stehen Abwertungen technischer Leistungen gegenüber. Hiervon wäre speziell der Leistungsbereich Radiologie betroffen.

Die vorliegenden Szenario-Analysen ermöglichen eine erste Einschätzung der Auswirkungen der geplanten GOÄ-Reform auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Angebots radiologischer Leistungen in Praxen und Kliniken. Hierfür wurden die Effekte der geplanten GOÄ-Reform auf der Basis von Umsatz- und Leistungsdaten von 91 Praxen und drei Kliniken sowie typisierenden Annahmen modelliert.

Für Radiologie-Praxen wurden auf dieser Grundlage Erlöseinbußen infolge der geplanten GOÄ-Reform bei CT- und MRT-Leistungen, auf die das Gros der GOÄ-Umsätze entfällt, in Höhe von knapp 36 % ermittelt. Unter umfassender Berücksichtigung von Abschreibungen und Kapitalkosten (Zinsen) würde für das Gros der Praxen ihr wirtschaftliches Ergebnis negativ.

Für die Radiologie-Fachabteilungen in Krankenhäusern wurden die Erlöseinbußen infolge der geplanten GOÄ-Novellierung auf ca. 25 % geschätzt (je nach Kliniktyp zwischen rd. 23 % und 27 %).

In einem Alternativ-Szenario wurde ermittelt, wie sich die Effekte durch eine pauschale Aufwertung der technischen Leistungen in der geplanten GOÄ-Neufassung um 35 % verändern. Für die betrachteten Radiologie-Praxen bleiben in einem solchen Szenario die GOÄ-Erlösminderungen auf durchschnittlich rd. 14 % begrenzt, und deutlich weniger Praxistypen hätten ein negatives wirtschaftliches Ergebnis. Für die betrachteten Klinik-Radiologien beträgt die durchschnittliche Verringerung der GOÄ-Erlöse im Alternativ-Szenario nur noch -2,2 %.

1. Hintergrund

Außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), für deren Versicherte das Sachleistungsprinzip gilt, werden ärztliche Leistungen in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Die GOÄ wird per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung (mit Zustimmung des Bundesrates) festgelegt.

Die aktuelle GOÄ entspricht zu großen Teilen ihrer Fassung aus dem Jahr 1982. Eine Auswahl von GOÄ-Abschnitten wurde im Jahr 1996 neu gefasst. Anschließend kam es nur noch zu geringfügigen Anpassungen. Eine grundlegende Novellierung der GOÄ mit dem Ziel, dem zwischenzeitlichen medizinischen Fortschritt Rechnung zu tragen und aktuelle ärztliche Behandlungsmöglichkeiten abzubilden, hat seit dem Jahr 1982 nicht stattgefunden. Dies hat zur Folge, dass vermehrt neue ärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis abgebildet sind, analog abgerechnet werden.¹ Damit verbunden sind wiederum zunehmende Rechtsunsicherheit und Auseinandersetzungen bei Abrechnungen zwischen Ärzten, Patienten und Kostenträgern.

Die Bundesregierung bzw. das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sehen eine Überarbeitung der GOÄ als erforderlich an, binden eine entsprechende Verordnung jedoch an die Bedingung einer Einigung zwischen Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf einen gemeinsamen Entwurf einer neuen GOÄ.

Nach jahrelanger Vorbereitung wurde ein gemeinsamer Entwurf von der BÄK und dem PKV-Verband vorgelegt, dem der 129. Deutsche Ärztetag im Jahr 2025 mehrheitlich zustimmte. Das BMG hat anschließend die Umsetzung der GOÄ-Reform bis zum Jahr 2027 in Aussicht gestellt.

Der Entwurf der neuen GOÄ enthält ein grundlegend überarbeitetes Leistungsverzeichnis, mit dem der aktuelle Stand der modernen Medizin abgebildet werden soll. Dadurch sollen künftig Rechtsstreitigkeiten infolge von Analogabrechnungen reduziert werden. Insgesamt verständigte sich die BÄK mit dem PKV-Verband auf eine Steigerung des Ausgabenvolumens infolge der Novellierung um insgesamt 13,2 % innerhalb der ersten drei Jahre nach Inkrafttreten (ohne Budgetierung).

Die vorgesehene Steigerung der privatärztlichen Leistungsvergütung würde sich allerdings nicht gleichmäßig auf die Leistungsbereiche bzw. Arztgruppen verteilen. Ein wesentliches Ziel der GOÄ-Novellierung besteht in einer relativen Besserstellung der Vergütung der „zuwendungsorientierten Medizin“, d. h. von patientenbezogenen Gesprächsleistungen. Dieser Aufwertung stehen Abwertungen technischer Leistungen gegenüber. Hiervon wäre speziell der Leistungsbereich

¹ Gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ können selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Radiologie betroffen. Nach Angaben der radiologischen Berufsverbände wird mit Umsatzeinbußen infolge der Novellierung von bis zu knapp 30 % gerechnet.²

2. Ziel der Analyse

Die vorliegende Analyse soll eine erste Einschätzung der Auswirkungen der geplanten GOÄ-Reform auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Angebots radiologischer Leistungen ermöglichen.

Hierfür wird sowohl das Angebot durch Radiologie-Praxen als auch durch Radiologie-Fachabteilungen in Kliniken betrachtet.

Mit der Analyse sollen die möglichen Veränderungen von GOÄ-Erlösen in der Radiologie infolge der geplanten GOÄ-Reform und deren Effekt auf die Gesamterlöse bzw. auf die wirtschaftliche Rentabilität aufgezeigt werden.

Ein weiteres Ziel besteht darin, die geschätzten Auswirkungen nach unterschiedlichen Praxis- und Klinik-Typen zu differenzieren.

Schließlich wurden im Rahmen der Analyse unterschiedliche Szenarien in Bezug auf Annahmen zur Abrechnungspraxis, die Finanzierungsstruktur von Praxen und die künftige Entwicklung von Einnahmen und Kosten betrachtet.

3. Datengrundlagen und methodisches Vorgehen

3.1 Datengrundlagen

Eine potenzielle Datengrundlage zur Einschätzung der Auswirkungen der geplanten GOÄ-Reform auf die wirtschaftliche Situation von Radiologie-Praxen ist die Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich, die vom Statistischen Bundesamt erstellt wird. Sie enthält u. a. detaillierte Angaben zu Personal- und Sachaufwendungen, zu Einnahmen aus Kassen- und Privatabrechnung und zum Reinertrag von Arztpraxen, differenziert nach Fachgebieten (darunter: Radiologie), nach Praxistyp (Einzelpraxen, BAG, MVZ) und Einnahmengrößenklassen. Die Statistik erscheint seit dem Jahr 2021 jährlich, aktuelles Datenjahr ist 2023 (veröffentlicht am 24.07.2025).

Für die vorliegende Analyse wurde die amtliche Kostenstrukturstatistik als Referenzstatistik genutzt, Grundlage für die Einschätzung der Auswirkungen ist jedoch ein spezifisch für diesen Zweck gebildeter Datensatz. Der Grund hierfür war die Annahme, dass die Ertragsituation von Radiologie-Praxen in Abhängigkeit von zusätzlichen Differenzierungsmerkmalen oder Kombinationen von Merkmalen variiert, die in der amtlichen Statistik nicht enthalten sind (z. B. Regionstyp). Außerdem umfassen die Daten des Statistischen Bundesamtes keine Informationen zu

² Vgl. gemeinsame Stellungnahme zum Vorschlag GOÄ Neu vom 7. Oktober 2024 (<https://www.radiologenverband.de/inhalte/2024-10-07/2/stellungnahme-zum-vorschlag-goae-neu>, Abruf: 08.04.2026).

Unterschieden der Leistungsstrukturen von Radiologie-Praxen.³ Schließlich wurden die für die Analyse erstellten Datengrundlagen auch um Informationen zu den privatärztlichen Erlösen von Radiologie-Fachabteilungen von Krankenhäusern erweitert, für die keinerlei amtliche Daten vorliegen.

Von den Auftraggebern wurden dem IGES Institut Leistungs-, Umsatz- und Ertragsdaten für eine nicht repräsentative Stichprobe von 91 Radiologie-Praxen zur Verfügung gestellt. Die Daten dieser Praxen umfassen die Anzahlen der am häufigsten privatärztlich abgerechneten CT- und MRT-Leistungen (differenziert nach Körper- bzw. Untersuchungsregionen), auf die mindestens 80 % der Gesamterlöse entfallen. Zudem werden durch die Daten Unterschiede bei Umsatz und Kosten zwischen den Praxen detailliert abgebildet, die für eine umfassendere Betrachtung der Erlösveränderungen infolge der geplanten GOÄ-Reform relevant sind. Darüber hinaus ermöglichen die Daten eine Differenzierung der Praxen nach den folgenden vier Merkmalen (mit insgesamt elf verschiedenen Ausprägungen):

- ◆ Praxisgröße gemessen an der Anzahl an MRT-/CT-Geräten
- ◆ Umsatzanteil aus privatärztlicher Abrechnung
- ◆ Region (West/Ost)
- ◆ Regionstyp gemessen an der Bevölkerungsdichte

Zusätzlich wurden von den Auftraggebern Leistungsdaten der Radiologie-Fachabteilungen von drei Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um zwei Universitätskliniken und einem Schwerpunktkrankenhaus. Die Daten umfassen die privatärztlichen Abrechnungshäufigkeiten von CT-, MRT- und Röntgen-Leistungen sowie die Summe der GOÄ-Erlöse insgesamt. Im Unterschied zu den Praxen wurden zusätzlich die häufigsten Röntgenleistungen einbezogen, da auf sie in den Kliniken ein höherer Leistungsanteil entfällt.

Sowohl die Stichprobe der Praxen als auch der Krankenhäuser sind nicht repräsentativ, d. h., die Analyseergebnisse lassen sich nicht auf die Gesamtheit aller Radiologie-Praxen und -Fachabteilungen in Krankenhäusern hochrechnen. Die Stichproben ermöglichen es aber, das Spektrum möglicher Auswirkungen der geplanten GOÄ-Reform in Bezug auf unterschiedliche Typen radiologischer Praxen und Klinik-Radiologien detaillierter einzuschätzen.

³ Die BÄK verweist im Hinblick auf eine Folgenabschätzung zur geplanten GOÄ-Reform darauf, dass sich die Auswirkungen auf Einrichtungen erst anhand der Betrachtung des gesamten Leistungsspektrums ableiten lassen, ein einfacher Bewertungsvergleich einzelner Leistungen wegen struktureller Änderungen im Leistungsverzeichnis hingegen oft fehlgehe.

3.2 Methodisches Vorgehen

3.2.1 GOÄ-Transkodierung

Zur Abschätzung der Veränderungen privatärztlicher Erlöse wurden den am häufigsten abgerechneten radiologischen Leistungen, strukturiert nach Körper- bzw. Untersuchungsregionen, GOÄ-Ziffern zugeordnet.

Grundlagen hierfür sind die aktuelle GOÄ⁴ sowie der Entwurf einer neuen GOÄ (Kompromiss zwischen BÄK und PKV-Verband, Stand: 30.04.2025)⁵.

Die leistungsbezogene Zuordnung von GOÄ-Ziffern wurde von den Auftraggebern vorgenommen mit dem Ziel, auf der Grundlage eigener Expertise über die Abrechnungspraxis typische Abrechnungskonstellationen abzubilden. In Bezug auf die aktuelle GOÄ wurde bewusst darauf verzichtet, anhand von einrichtungsbezogenen Daten einen Durchschnitt der tatsächlichen Abrechnungspraxis (hinsichtlich der jeweils abgerechneten Ziffern und Steigerungsfaktoren) der Praxen und Kliniken der Stichproben zu ermitteln. Gründe hierfür sind erstens, dass die Stichproben nicht repräsentativ sind, zweitens, dass insbesondere das Spektrum möglicher Auswirkungen der geplanten GOÄ-Reform im Hinblick auf unterschiedliche Leistungsstrukturen – bei gleicher Abrechnungspraxis – verdeutlicht werden soll. Folglich variieren die ermittelten Unterschiede möglicher Auswirkungen allein aufgrund von Unterschieden bei Umsatz und Kosten der Praxistypen bzw. der unterschiedlichen Leistungsstrukturen der Kliniktypen, da für alle Einheiten der Stichproben eine identische (typisierte) Abrechnungspraxis hinsichtlich der Auswahl abgerechneter GOÄ-Ziffern (inkl. Steigerungsfaktoren) in den Szenarien-Berechnungen unterstellt wird. Dabei wurde ein einheitliches typisiertes Abrechnungsmuster jeweils für Praxen und für Kliniken separat festgelegt, um systematische Unterschiede bei Leistungsinhalten zwischen Praxen und Kliniken und entsprechende Abweichungen bei typischen Abrechnungsziffern abzubilden.

Zur Typisierung der Abrechnung nach aktueller GOÄ wurden hinsichtlich der anzusetzenden Steigerungsfaktoren Annahmen getroffen. Diese stellt – mangels öffentlich verfügbarer empirischer Daten zur durchschnittlichen Steigerung der Gebührensätze – nur eine grobe Schätzung dar. Für die Radiologie-Praxen wurde unterstellt, dass die abgerechneten GOÄ-Ziffern (außer Zuschläge) zur Hälfte gemäß den Schwellenwerten („Regelsatz“) und zur Hälfte gemäß den Obergrenzen (max. Steigerungsfaktor) gesteigert werden. Diese betragen:

- ◆ für technische Leistungen: 1,8 (Schwellenwert) und 2,5 (Obergrenze)
- ◆ für ärztliche Leistungen: 2,3 (Schwellenwert) und 3,5 (Obergrenze)

⁴ [GOÄ - Gebührenordnung für Ärzte](#) bzw. GOÄ-Kurzfassung des PKV-Verbands [GOÄ Gebührenordnung für Ärzte.pdf](#) (Abruf jeweils 09.04.2026)

⁵ [GOÄ-Novellierung - Bundesärztekammer](#) (Abruf: 09.04.2026)

Die Leistungen des Abschnitt O der aktuellen GOÄ, der sämtliche spezifisch radiologische Leistungen umfasst, werden den technischen Leistungen zugeordnet. Als ärztliche Leistungen im Leistungsspektrum der Radiologie finden sich im typisierten Abrechnungsmodell nur wenige GOÄ-Ziffern (wie Beratung und intravenöse Einbringung von Kontrastmittel).

In einem alternativen Szenario wurde die Annahme variiert und zum Zweck einer Sensitivitätsbetrachtung unterstellt, dass die GOÄ-Ziffern jeweils zu 80 % gemäß Schwellenwerten und zu 20 % gemäß den Obergrenzen gesteigert werden.

Die leistungsbezogene Zuordnung von GOÄ-Ziffern des Novellierungs-Entwurfs wurde ebenfalls auf Grundlage der Expertise der Auftraggeber vorgenommen, kann sich bislang jedoch auf keine Erfahrungswerte stützen. Daher wurden bei einigen Leistungen, für welche die Legendierungen im Entwurf als nicht eindeutig eingestuft wurden, vereinfachende Annahmen getroffen (z. B. Mittelwerte alternativer Ziffern-Kombinationen angesetzt). Auch das typisierende Abrechnungsmodell gemäß der geplanten GOÄ-Novellierung wurde getrennt für Radiologie-Praxen und für die Klinik-Radiologien festgelegt, um systematische Unterschiede der Leistungsinhalte zu berücksichtigen.

Gemäß der geplanten GOÄ-Reform soll es künftig keine Steigerungsmöglichkeiten mehr geben. Individuelle Mehraufwände sollen stattdessen primär über spezifische Zuschläge abgebildet werden. Für das typisierende Abrechnungsmodell wird unterstellt, dass bei bis zu zwei abrechnungsrelevanten Zuschlägen diese pauschal für jeweils die Hälfte der Leistungsanzahl angesetzt werden. Bei Leistungen, denen mehr als zwei Zuschläge zugeordnet werden, wird der Mittelwert dieser Zuschläge für die Hälfte der Leistungsanzahl angesetzt.

Die typisierende Zuordnung der GOÄ-Ziffern nach aktueller und nach geplanter novellierter Gebührenordnung zu den einzelnen Leistungen wurden vom IGES Institut in die Szenarien-Berechnungen integriert und auf Konsistenz geprüft.

Für die Radiologie-Praxen der Stichprobe wurden Daten zu den Gesamterlösen (aus Privat- und Kassenabrechnung) zur Verfügung gestellt.

Entsprechende Daten zu den Gesamterlösen liegen für Radiologie-Fachabteilungen in Kliniken nicht vor bzw. können nur unter weitreichenden Annahmen geschätzt werden. So enthalten die DRG-Vergütungen rein kalkulatorische Anteile für die Radiologie (Kostenstellengruppe 9 gemäß der Kostenmatrix und den Festlegungen des InEK angesetzt, vgl. InEK 2016, S. 207). Für eine Schätzung werden somit Daten zu den Häufigkeiten sämtlicher DRG-Leistungen, die kalkulatorische Vergütungsanteile für die Radiologie enthalten, benötigt. Darüber hinaus findet in den Kliniken für Leistungen von interdisziplinär eingebundenen Fachbereichen wie die Radiologie typischerweise eine frei gestaltbare innerbetriebliche Leistungsverrechnung (ILV) statt. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden auf die Darstellung einer Schätzung von Gesamterlösen verzichtet, zu denen die GOÄ-Erlösveränderungen von radiologischen Krankenhaus-Fachabteilungen ins Verhältnis gesetzt werden könnten.

3.2.2 Ermittlung der Ertragsituation der Radiologie-Praxen

In der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (vgl. Kapitel 3.1) wird die Ertragssituation der Praxen anhand des Reinertrags bestimmt. Der Reinertrag ergibt sich aus den Einnahmen abzüglich der (Personal- und Sach-) Aufwendungen.⁶ Er ist nicht mit dem Gewinn gleichzusetzen, da u. a. Steuern und privater Vorsorgeaufwand nicht berücksichtigt werden.

Für die vorliegenden Szenarien-Analysen wurde der Praxisertrag unter Berücksichtigung von Zinsen und Abschreibung ermittelt (EBT = Earnings Before Taxes). Im ersten Schritt wurde hierfür für jeden Praxistyp die Kennzahl EBITDA (Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization), also das Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände, ermittelt, und zwar auf Basis der empirischen Daten der Praxisstichprobe, denen sich (privat- und kassenärztliche) Umsätze und Kosten entnehmen lassen.

Zur Ermittlung des EBT wurden für die Praxistypen anschließend die Abzüge für Abschreibungen und Zinsen bestimmt. Hierfür wurden erneut einige typisierende Annahmen getroffen.

- ♦ Die durchschnittliche Höhe der *Abschreibungen* je Praxistyp resultiert aus der Multiplikation der jährlichen Abschreibungsrate mit dem durchschnittlichen Investitionsvolumen. Letzteres ergibt sich aus den durchschnittlichen Anschaffungskosten je Gerätetyp (Schätzungen für MRT, CT, andere Geräte), der durchschnittlichen Anzahl dieser Geräte (je Praxistyp gemäß Datenstichprobe) und dem Anteil der im Eigentum befindlichen (d. h. nicht geleasten⁷) Geräte (Annahme: 75 %). Für die Abschreibungsrate wurde ein Wert von 10 % angenommen, dies impliziert einen Zeitraum von zehn Jahren.
- ♦ Die Höhe der durchschnittlichen *Zinsen* für Fremdkapital ergibt sich aus dem durchschnittlichen Zinssatz (Annahme: 6,5 %) multipliziert mit dem über Fremdkapital zu finanzierenden durchschnittlichem Investitionsvolumen je Praxistyp. Dabei ergibt sich letzteres aus dem abschreibungsrelevanten, gerätebezogenen Investitionsvolumen (s. o.) zuzüglich der Investitionen in den (immateriellen) Praxiswert („Goodwill“, umfasst u. a. Patientenstamm, Praxisorganisation). Für diese Investitionen in den Praxiswert wird die doppelte Höhe des gerätebezogenen Investitionsvolumens veranschlagt. Für den mit Fremdkapital finanzierten Anteil des gesamten Investitionsvolumen wird ein Wert von 80 % angenommen.

In einem ergänzenden Szenario wurden für den über Eigenkapital zu finanzierenden Anteil des gesamten Investitionsvolumens die Höhe einer erforderlichen

⁶ Die Personalaufwendungen erfassen nur Angestellte (Personalkosten) und nicht in der Praxis tätige Inhaber (kalkulatorischer Arztlohn).

⁷ Leasingkosten sind als Bestandteil der sonstigen betrieblichen Aufwendungen bereits im EBITDA enthalten.

Eigenkapitalverzinsung geschätzt. Berechnet wurde ein Zinssatz, den Praxis-Eigentümer im Sinne von Opportunitätskosten für vergleichbar riskante Investitionen am Kapitalmarkt erwarten könnten. Ein solcher kalkulatorischer Eigenkapitalzinssatz wurde auf Basis des Capital Asset Pricing-Modells (CAPM) geschätzt (s. Anhang 1.A1).

Schließlich umfassen die Szenarien eine Fortschreibung der Ertragsituation bis zum Jahr 2030. Dabei bildet das Jahr 2025 die Ausgangsbasis: Für dieses Jahr wurden die aktuell vorliegenden Daten zu Einnahmen und Aufwendungen angesetzt. Für das Jahr 2026 wurde die Umstellung auf eine neue GOÄ gemäß dem Novellierungs-Entwurf simuliert. Für die Jahre 2026 bis 2030 wurden Annahmen zur Veränderung von Kosten und Erlösen getroffen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Annahmen zur Fortschreibung von Kosten und Erlösen der Radiologie-Praxen (2026-2030)

Parameter	Veränderung p.a.
Gesamtkosten	+2,9 %
- Personal/Material	+3,0 %
- sonstige Kosten	+2,5 %
Einnahmen / Erlöse aus	
- Privatabrechnung (ab 2027)	+1,5 %
- Kassenabrechnung	+2,5 %
Anschaffungskosten Geräte	+3,0 %

Quelle: IGES

Für die Radiologie-Fachabteilungen in Krankenhäusern werden im Rahmen der Szenario-Analysen keine Auswirkungen auf die Ertragsituation ermittelt, da es sich bei ihnen betriebswirtschaftlich um keine eigenständigen Unternehmenseinheiten handelt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Simulationsberechnungen für die Radiologie-Praxen sowie für die Klinik-Radiologien dargestellt, wie sie auf Basis der beschriebenen Datengrundlagen und Methodik ermittelt wurden. Für Sensitivitätsbetrachtungen werden zudem stellenweise Ergebnisse alternativer Szenarien ergänzt.

4. Ergebnisse für Radiologie-Praxen

4.1 Beschreibung der Praxistypen

Gemäß den Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts gab es im Jahr 2023 insgesamt 505 radiologische Praxen, gezählt als rechtliche

Unternehmenseinheiten, davon 200 Einzelpraxen. Aufgrund ihrer hohen Kapitalintensität sind in der Radiologie Zusammenschlüsse von Praxen und MVZ überproportional häufig. Somit beträgt die Zahl der Praxisstandorte bzw. Betriebsstätten in der Radiologie ein Vielfaches der in der Kostenstrukturerhebung gezählten rechtlichen Einheiten.

Die für die vorliegenden Schätzungen verwendete Datengrundlage umfasst 91 radiologische Praxen, davon knapp 70 % mittlerer Größe, d. h. mit zwei oder drei CT- oder MRT-Geräten (Tabelle 2). Definiert wurden insgesamt 17 verschiedene Praxistypen, davon die Praxistypen 1 bis 11 anhand jeweils eines von vier Merkmalen (Größe bzw. Gerätezahl, privatärztlicher Umsatzanteil, Region West/Ost, Regionstyp nach Bevölkerungsdichte) und die Praxistypen 12 bis 17 anhand der Kombination von jeweils zwei Merkmalen (Größe/privatärztlicher Umsatzanteil und Größe/Regionstyp). Der durchschnittliche Gesamtumsatz aller 91 Praxen betrug im Jahr 2025 knapp 3,5 Mio. Euro und variiert zwischen 54 % dieser Summe (kleine Praxen mit knapp 1,9 Mio. Euro) und 166 % (große Praxen mit ca. 5,8 Mio. Euro). Der durchschnittliche Anteil der Privaterlöse am Gesamtumsatz reicht von ca. 15 % (Praxistyp 4) und etwas mehr als 50 % (Praxistyp 6). Die niedrigste durchschnittliche EBITDA-Marge (EBITDA im Verhältnis zum Gesamtumsatz) liegt bei 19,2 % für Praxistyp 4 mit geringen privatärztlichen Umsatzanteilen, die höchste durchschnittliche EBITDA-Marge (32,3 %) weist Praxistyp 6 mit dem größten Anteil der Privaterlöse auf.⁸

Insgesamt verdeutlicht die Stichprobe die Unterschiede der Ertragsituation primär in Abhängigkeit der privatärztlichen Umsatzanteile, aber auch hinsichtlich weiterer Merkmale (u. a. Praxisgröße: kleine vs. mittlere Praxen, Regionstyp: mittelgroße Stadt bzw. Provinz).

⁸ Zum Vergleich: Nach den Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes lag das Verhältnis von Reinertrag zu Gesamteinnahmen für Radiologie-Praxen im Jahr 2023 durchschnittlich bei 36 % (37 % für Einzelpraxen, 35,7 % für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften).

Tabelle 2: Ausgewählte Kennzahlen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage nach Praxistypen (2025)

Praxistyp	Anzahl	Gesamtumsatz (in % vom Durchschnitt aller Praxen)	Anteil Privaterlöse	EBITDA / Umsatz
insg. Durchschnitt alle Praxen	91	3.497.809 €	27,1%	23,9%
1 kleine Praxen (1 MRT/CT)	11	54,1%	41,5%	31,7%
2 mittlere Praxen (2-3 MRT/CT)	63	90,1%	26,0%	23,0%
3 große Praxen (≥4 MRT/CT)	17	166,3%	26,2%	24,3%
4 Privatumsatz gering (<20%)	36	90,8%	15,2%	19,2%
5 Privatumsatz mittel (20-40%)	42	107,3%	28,5%	24,9%
6 Privatumsatz hoch (>40%)	13	102,1%	51,4%	32,3%
7 Region West	78	103,5%	27,5%	24,2%
8 Region Ost	13	90,1%	23,8%	20,2%
9 Bevölkerung - Großstadt	23	90,2%	25,8%	22,6%
10 Bevölkerung - mittelgroße Stadt	47	109,4%	28,4%	26,1%
11 Bevölkerung - Provinz	21	89,8%	24,9%	19,4%
12 mittlere Praxen - geringer Privatumsatz	25	85,9%	15,7%	19,9%
13 mittlere Praxen - mittlerer Privatumsatz	32	91,1%	28,2%	24,5%
14 mittlere Praxen - hoher Privatumsatz	6	102,4%	51,4%	26,1%
15 mittlere Praxen - Großstadt	16	73,3%	23,8%	21,2%
16 mittlere Praxen - mittelgroße Stadt	28	100,7%	26,5%	24,7%
17 mittlere Praxen - Provinz	19	88,6%	26,7%	21,2%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e.V.; Ausschluss von Praxen mit Anteil Privaterlöse von 0% oder >75%

4.2 Schätzung der Wirkung der geplanten GOÄ-Reform auf die privatärztlichen Erlöse

Die Veränderungen der GOÄ-Erlöse der Radiologie-Praxen wurden auf Basis der Daten der 91 Radiologie-Praxen (vgl. Kapitel 3.1) sowie des beschriebenen methodischen Vorgehens bezüglich der GOÄ-Transkodierung (vgl. Kapitel 3.2.1) geschätzt.

Für die häufigsten CT- und MRT-Leistungen ergibt sich – bei Annahme jeweils hälftiger Anteile der Steigerungen nach Schwellenwert und Obergrenze – eine Verringerung der GOÄ-Erlöse infolge der geplanten Reform in Höhe von insgesamt 35,8 %. Dabei fallen die geschätzten Erlösminderungen für MRT-Leistungen um durchschnittlich 38,9 % (Tabelle 4) noch deutlich höher aus als für CT-Leistungen mit einem Minus von 26,9 % (Tabelle 3).

Zwischen den einzelnen, nach Körper- bzw. Untersuchungsregion strukturierten Leistungen variieren die geschätzten Erlösminderungen teilweise deutlich: Bei den CT-Leistungen von -40 % (Hals-/Lendenwirbelsäule) bis zu einem Plus von 30,5 % (PRT), bei den MRT-Leistungen von -55 % (Hals-/Lendenwirbelsäule) bis zu -18,3 % (Prostata).

Tabelle 3: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste CT-Leistungen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage

Leistung nach Körper-/Untersuchungsregion	Anzahl privatärztlich (Summe)	Erlöse nach aktueller GOÄ	Erlöse nach GOÄ-Reform	prozentuale Änderung
Abdomen	11.133	5.559.208 €	3.481.011 €	-37,4%
Becken	3.905	1.705.255 €	1.158.106 €	-32,1%
Halswirbelsäule	1.811	540.131 €	324.151 €	-40,0%
Thorax/Abdomen	3.769	2.246.697 €	2.058.194 €	-8,4%
Lendenwirbelsäule	1.966	586.360 €	351.894 €	-40,0%
Periradikuläre Therapie (PRT)	4.245	701.325 €	915.052 €	30,5%
Schädel	7.912	2.458.915 €	1.830.599 €	-25,6%
Thorax	9.759	3.894.710 €	2.690.312 €	-30,9%
Herz	2.398	1.152.954 €	965.531 €	-16,3%
Summe CT	46.898	18.845.553 €	13.774.851 €	-26,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e.V. und der GOÄ (aktuell, Entwurf Novellierung); Annahmen zur Steigerung nach aktueller GOÄ: 50% gemäß Schwellenwert, 50% gemäß Obergrenze

Tabelle 4: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste MRT-Leistungen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage

Leistung nach Körper-/Unter-suchungsregion	Anzahl privatärztlich (Summe)	Erlöse nach aktueller GOÄ	Erlöse nach GOÄ-Reform	prozentuale Änderung
Abdomen	7.813	6.153.363 €	4.133.311 €	-32,8%
Becken	3.230	2.434.693 €	1.402.434 €	-42,4%
Fuß	3.131	1.522.386 €	1.061.879 €	-30,2%
Hand	3.945	1.918.177 €	1.337.947 €	-30,2%
Halswirbelsäule	6.888	4.902.913 €	2.207.604 €	-55,0%
Knie	15.199	7.390.210 €	5.154.741 €	-30,2%
Lendenwirbelsäule	15.670	11.153.984 €	5.022.235 €	-55,0%
Schädel	13.518	9.961.009 €	5.866.575 €	-41,1%
Schulter	7.669	3.728.898 €	3.020.589 €	-19,0%
Sprungelenk	3.103	1.508.772 €	1.052.382 €	-30,2%
Prostata	4.347	3.423.610 €	2.797.903 €	-18,3%
Summe MRT	84.513	54.098.015 €	33.057.600 €	-38,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e.V. und der GOÄ (aktuell, Entwurf Novellierung); Annahmen zur Steigerung nach aktueller GOÄ: 50% gemäß Schwellenwert, 50% gemäß Obergrenze

In einem alternativen Szenario wurde für die Berechnung der privatärztlichen Erlöse nach der aktuellen GOÄ angenommen, dass die Gebührensätze zu 80 % gemäß den Schwellenwerten und nur zu 20 % gemäß den Obergrenzen gesteigert werden. Für dieses Szenario ergibt die Schätzung eine Minderung der GOÄ-Erlöse infolge der geplanten Reform um insgesamt 29,4 % (CT-Leistungen: -19,7 %, MRT-Leistungen: -32,7 %).

4.3 Schätzung der Veränderung der Ertragssituation

Die Veränderungen der Ertragssituation der Radiologie-Praxen wurden ebenfalls auf Basis der Daten der 91 Radiologie-Praxen (vgl. Kapitel 3.1) sowie des beschriebenen methodischen Vorgehens (vgl. Kapitel 3.2.2) geschätzt.

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits in der Ausgangssituation die EBT im Verhältnis zum Gesamtumsatz (EBT-Marge) – unter Verwendung des typisierten Abrechnungsmodells und den getroffenen Annahmen zur Höhe der durchschnittlichen Abschreibungen und Fremdkapitalkosten – für zwei Praxistypen leicht negativ ausfällt, nämlich mit -2,4 % für Radiologie-Praxen in Ostdeutschland (Praxistyp 8) und mit -0,1 % für mittelgroße Radiologie-Praxen in Großstädten (Praxistyp 15) (Tabelle 5).

Infolge der geschätzten Auswirkungen einer Umstellung auf die geplante novelierte GOÄ (vgl. Kapitel 4.2) wird die durchschnittliche EBT-Marge unter den getroffenen Annahmen für fast alle Praxistypen negativ. Ausnahmen bilden lediglich kleine Radiologie-Praxen (Praxistyp 1) und Radiologie-Praxen in mittelgroßen Städten (Praxistyp 10). Am stärksten ist die geschätzte Veränderung der EBT-Marge für mittelgroße Praxen mit hohem Anteil privatärztlicher Erlöse (Praxistyp 14), für sie verringert sich die durchschnittliche EBT-Marge um fast 22 Prozentpunkte auf -12,9 %. Neben diesem Praxistyp erreicht die durchschnittliche EBT-Marge in dem betrachteten Szenario für zwei weitere Praxistypen zweistellige negative Werte: für Radiologiepraxen im Osten Deutschlands (-12,5 %) und für mittelgroße Praxen in Großstädten (-10,0 %).

Unter den gewählten Annahmen, dass in den Folgejahren die Kosten stärker steigen als die Erlöse (vgl. Kapitel 3.2.2, Tabelle 1), verschlechtert sich in dem betrachteten Szenario die Ertragslage der Radiologie-Praxen kontinuierlich. Auch für Radiologie-Praxen in mittelgroßen Städten (Praxistyp 10) würde so die EBT-Marge ab dem Jahr 2027 negativ. Gemäß dem Szenario hätten im Jahr 2030 vier Praxistypen zweistellig negative EBT-Margen, am stärksten betroffen wären mittelgroße Praxen mit hohem Anteil an privatärztlichen Erlösen (-15,5 %). Lediglich kleine Praxen hätten im Jahr 2030 weiterhin eine positive, wenn auch verringerte EBT-Marge (2,7 %).

Tabelle 5: Schätzung der Veränderungen der EBT-Margen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage (2025-2030)

Praxistyp	Anteil	EBT-Marge							
		2025	2026	Delta (%-Punkte)	2027	2028	2029	2030	
1	kleine Praxen (1 MRT/CT)	12%	19,6%	4,6%	-14,9%	4,2%	3,7%	3,2%	2,7%
2	mittlere Praxen (2-3 MRT/CT)	69%	6,0%	-4,3%	-10,3%	-4,7%	-5,1%	-5,5%	-5,8%
3	große Praxen (≥4 MRT/CT)	19%	7,2%	-3,0%	-10,2%	-3,4%	-3,8%	-4,1%	-4,5%
4	Privatumsatz gering (<20%)	40%	0,5%	-5,6%	-6,1%	-5,9%	-6,2%	-6,5%	-6,8%
5	Privatumsatz mittel (20-40%)	46%	8,9%	-2,1%	-11,1%	-2,5%	-2,9%	-3,3%	-3,7%
6	Privatumsatz hoch (>40%)	14%	18,1%	-1,5%	-19,6%	-2,1%	-2,7%	-3,3%	-3,9%
7	Region West	86%	8,4%	-2,2%	-10,7%	-2,6%	-3,0%	-3,4%	-3,8%
8	Region Ost	14%	-2,4%	-12,5%	-10,1%	-12,9%	-13,2%	-13,6%	-13,9%
9	Bevölkerung - Großstadt	25%	4,1%	-6,3%	-10,4%	-6,7%	-7,0%	-7,4%	-7,8%
10	Bevölkerung - mittelgroße Stadt	52%	10,7%	0,0%	-10,8%	-0,4%	-0,8%	-1,2%	-1,6%
11	Bevölkerung - Provinz	23%	1,0%	-9,3%	-10,3%	-9,7%	-10,1%	-10,5%	-10,9%
12	mittlere Praxen - geringer Privatumsatz	27%	1,9%	-4,3%	-6,3%	-4,6%	-4,9%	-5,2%	-5,5%
13	mittlere Praxen - mittlerer Privatumsatz	35%	8,3%	-2,6%	-11,0%	-3,0%	-3,4%	-3,8%	-4,2%
14	mittlere Praxen - hoher Privatumsatz	7%	8,9%	-12,9%	-21,8%	-13,6%	-14,2%	-14,9%	-15,5%
15	mittlere Praxen - Großstadt	18%	-0,1%	-10,0%	-9,9%	-10,3%	-10,7%	-11,0%	-11,4%
16	mittlere Praxen - mittelgroße Stadt	31%	9,6%	-0,6%	-10,1%	-0,9%	-1,3%	-1,7%	-2,1%
17	mittlere Praxen - Provinz	21%	4,0%	-6,8%	-10,8%	-7,2%	-7,6%	-8,0%	-8,4%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e.V.

In einem ergänzenden Szenario wurde zusätzlich eine kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung als Kostenfaktor berücksichtigt. Hierfür wurde auf Basis des CAPM ein Zinssatz von rd. 5,8 % (bzw. 7,4 % inkl. Steuerfaktor) ermittelt (vgl. Anhang 1.A1), der auf den 20 %-Anteil des gesamten Investitionsvolumens (inkl. Goodwill) bezogen wird, welcher annahmegemäß mit Eigenkapital finanziert wird.

Unterstellt man eine solche Eigenkapitalverzinsung als zusätzliche Anforderung an die Rentabilität einer Radiologie-Praxis, ergibt sich – unter den ansonsten unveränderten Annahmen des Szenarios – bereits in der Ausgangssituation (2025) eine negative EBT-Marge für fünf Praxistypen (Anhang 1.A2). Infolge der GOÄ-Reform würden gemäß diesem Szenario lediglich kleine Praxen im Durchschnitt noch eine geringe positive EBT-Marge abzüglich kalkulatorischer Eigenkapitalverzinsung erzielen (2,2 %).

5. Ergebnisse für radiologische Krankenhaus-Fachabteilungen

5.1 Leistungsstrukturen der ausgewählten Krankenhäuser

Analog zu den Radiologie-Praxen wurden von den drei Krankenhäusern, deren Daten für die Szenario-Analysen verwendet wurden, die häufigsten radiologischen Leistungen (mit mehr als 80 % Leistungsanteil) ausgewählt. Neben CT- und MRT-Leistungen haben bei den Krankenhäusern Röntgen-Leistungen im Vergleich zu den Praxen höhere Anteile, so dass diese in die Analyse der Klinik-Radiologien zusätzlich einbezogen wurden (vgl. Kapitel 3.1).

Insgesamt umfasst die Datengrundlage der drei Krankenhäuser etwas mehr als 40.000 privat abgerechnete radiologische Leistungen. Von diesen entfallen jeweils mehr als zwei Drittel auf die beiden größeren Krankenhäuser und rund ein Viertel auf die kleinere Klinik (Tabelle 6). Für die einzelnen Leistungsbereiche CT, MRT und Röntgen weichen die Anteilswerte hiervon ab, so wurde knapp die Hälfte der betrachteten MRT-Leistungen in einer der größeren Kliniken erbracht.

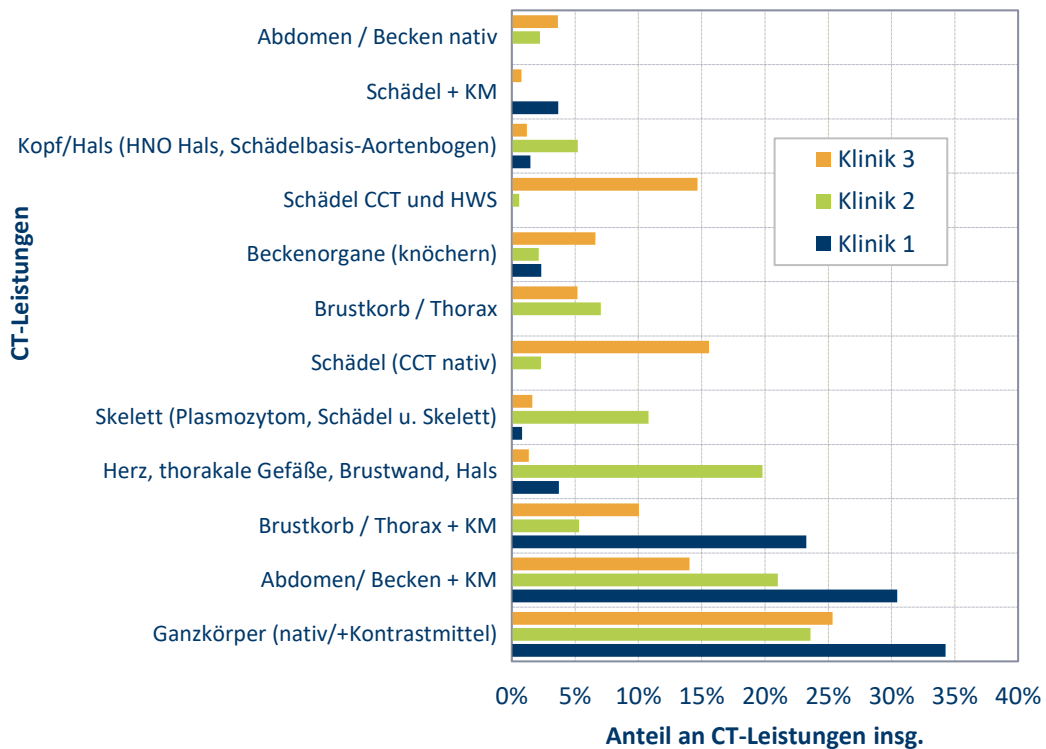
Tabelle 6: Verteilung der häufigsten radiologischen Leistungen auf die drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025)

Leistungen	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3
CT	49%	34%	17%
MRT	40%	48%	12%
Röntgen	32%	37%	31%
insgesamt	36%	38%	26%

Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

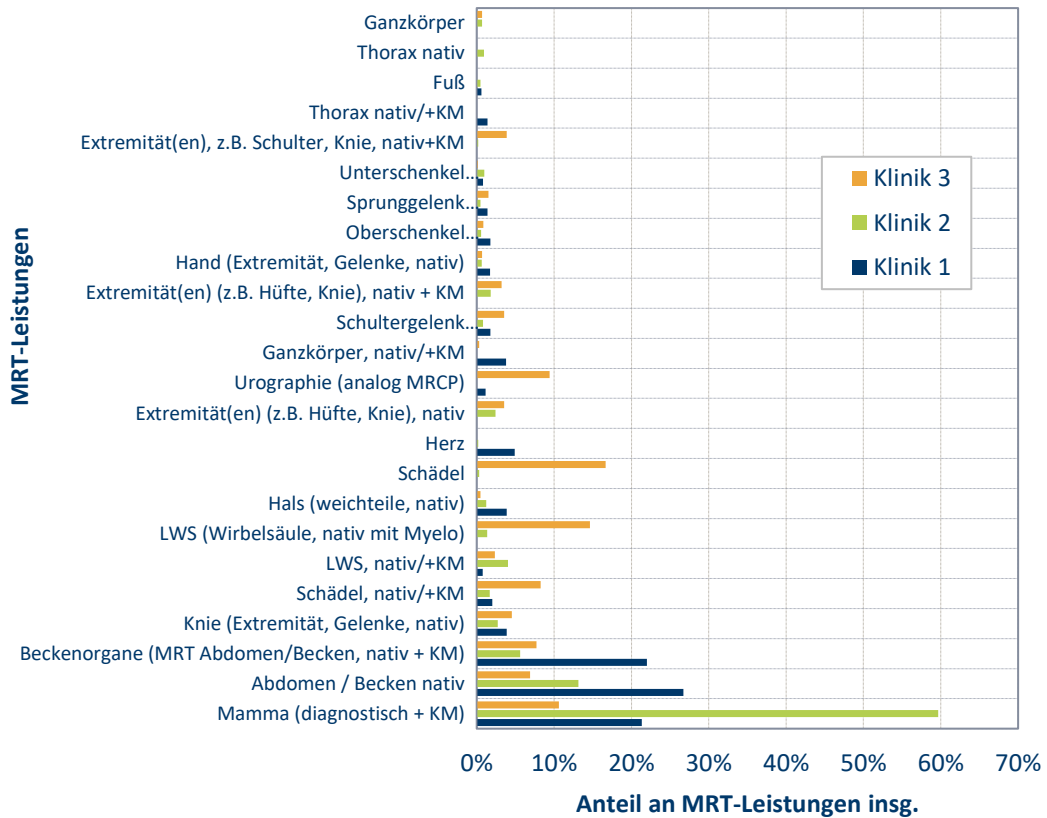
Auch die Verteilung der Leistungszahlen innerhalb der drei Bereiche CT, MRT und Röntgen auf die nach Körper- bzw. Untersuchungsregion differenzierten Leistungen zeigt, wie stark die Leistungsstrukturen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage variieren (Abbildung 1, Abbildung 2 und Abbildung 3).

Abbildung 1: Anteile einzelner CT-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten CT-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025)



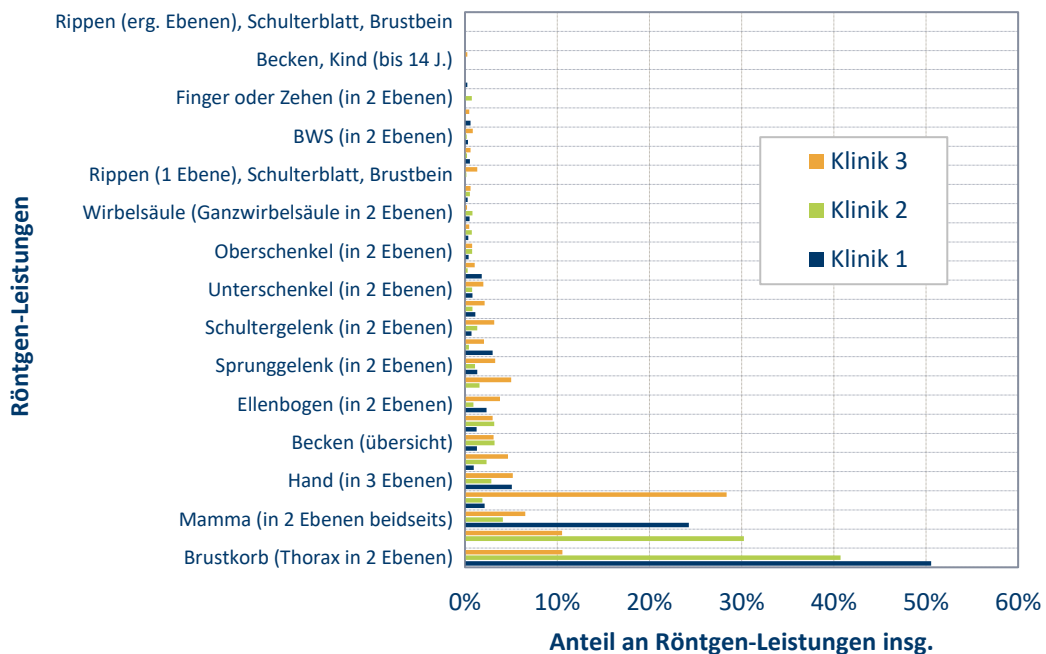
Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Abbildung 2: Anteile einzelner MRT-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten MRT-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Abbildung 3: Anteile einzelner Röntgen-Leistungen an Gesamtzahl der häufigsten Röntgen-Leistungen der drei Krankenhäuser der Datengrundlage (2025)



Quelle: IGES auf Basis von Daten der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

5.2 Schätzung der Wirkung der geplanten GOÄ-Reform auf die privatärztlichen Erlöse

Aufgrund der häufig komplexeren Fälle bei radiologischen Leistungen in Krankenhäusern wurden für die GOÄ-Transkodierung für einige Körper- bzw. Untersuchungsregionen mehrere Varianten betrachtet. Damit wurde der Einschätzung fehlender Eindeutigkeit von Leistungslegenden und entsprechend der Zuordnung von GOÄ-Ziffern des Novellierungs-Entwurfs zu den betrachteten Leistungen Rechnung getragen (vgl. auch Kapitel 3.2.1). Unabhängig davon ergeben sich aus dem verwendeten typisierten GOÄ-Abrechnungs- und Transkodierungsmodell einzelleistungsbezogen stark variierende Erlösveränderungen. Sie reichen prozentual von knapp +230,6 % (entspricht ca. 55 Euro) und -59,2 % (entspricht ca. -66 Euro) und absolut von rd. +301 Euro (entspricht +49,2 %) und knapp -534 Euro (entspricht ca. -46 %).

Unter Verwendung eines einheitlichen typisierten Abrechnungsmusters für alle drei Krankenhäuser der Datengrundlage bewirken infolgedessen die dargestellten Unterschiede der Leistungsstrukturen auch teilweise in den einzelnen Bereichen deutliche Unterschiede der berechneten Veränderungen der GOÄ-Erlöse. Insgesamt überwiegen dabei die negativen Erlösveränderungen deutlich (Tabelle 7). Die Szenario-Berechnung ergibt im Durchschnitt der drei Kliniken eine Minderung der

GOÄ-Erlöse infolge der geplanten Novellierung in Höhe von rd. 25 %. Zwischen den drei Krankenhäusern variiert dieser Effekt in einem Spektrum von 22,9 % und 27,4 %.

Tabelle 7: Schätzung der Erlösänderung infolge der geplanten GOÄ-Reform für häufigste radiologische Leistungen der Krankenhäuser der Datengrundlage

Veränderung GOÄ-Erlöse		Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Durchschnitt
CT		-30,6%	-9,1%	-27,1%	-22,8%
MRT		-35,6%	-37,8%	-39,4%	-37,1%
Röntgen		+4,3%	-12,3%	-2,0%	-2,9%
insgesamt	Basisvariante	-27,4%	-22,9%	-24,1%	-25,1%
	Max-Variante	-35,5%	-27,3%	-28,6%	-31,2%
	Min-Variante	-22,4%	-20,2%	-20,4%	-21,2%

Quelle: IGES auf Basis der Daten der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Anmerkung: Für Max-/Min-Varianten wurden bei alternativ in Frage kommenden GOÄ-Ziffern der novellierten Fassung jeweils die am niedrigsten/höchsten bewerteten Alternativen ausgewählt.

Am geringsten fallen gemäß dem Szenario die GOÄ-Erlösminderungen im Leistungsbereich Röntgen aus (-2,9 % im Durchschnitt), wobei für eine der drei Kliniken hier sogar ein Erlöszuwachs um 4,3 % ermittelt wurde. Die stärksten GOÄ-Umsatzverluste ergeben sich in dem Szenario für den Leistungsbereich MRT (-37,1 % im Durchschnitt mit einem Spektrum von -35,6 % bis -39,4 %).

Hinsichtlich der einzelnen Leistungen, für die Varianten der GOÄ-Transkodierung betrachtet wurden, wurden jeweils die am höchsten/niedrigsten bewerteten Alternativen für zusätzliche Szenarien mit minimalem/maximalem Umsatzeffekt ausgewählt. Werden die jeweils am höchsten bewerteten Gebühren-Varianten gewählt, reduziert sich die durchschnittliche GOÄ-Erlösminderung auf rd. 21 %, bei Auswahl der am niedrigsten bewerteten Gebühren-Varianten erhöht sich die durchschnittliche GOÄ-Erlösminderung hingegen auf etwas über 31 %.

6. Alternativ-Szenario: Aufwertung technischer Leistungen

In einem alternativen Szenario wurde berechnet, wie eine pauschale Aufwertung der technischen Leistungen in der geplanten Neufassung der GOÄ die zuvor ermittelten Erlöseffekte und die Ertragsentwicklung der Radiologie-Praxen verändert.

Für das Alternativ-Szenario wurde eine pauschale Anhebung der Bewertung der technischen Leistungen in der geplanten Neufassung der GOÄ um 35 % angenommen.

Auswirkungen auf die Radiologie-Praxen

Die Minderung der GOÄ-Erlöse der Radiologie-Praxen, welche die Datengrundlage der vorliegenden Analyse bilden, würden durch eine pauschale Anhebung der Bewertung der technischen Leistungen um 35 % auf durchschnittlich -14,2 % begrenzt (gegenüber -35,8 % ohne Aufwertung). Für beide Szenarien gilt die Annahme, dass in der Ausgangssituation vor Umstellung auf die GOÄ-Neufassung die Leistungen jeweils hälftig zum Schwellenwert und gemäß Obergrenze gesteigert werden.

Während im Szenario ohne pauschale Aufwertung der technischen Leistungen für sämtliche Praxistypen mit Ausnahme kleiner Praxen eine negative EBT-Marge nach Umstellung auf die geplante Neufassung der GOÄ ermittelt wurde, würde dies im Szenario mit pauschaler Aufwertung nur noch auf sieben der 17 betrachteten Praxistypen zutreffen. Dabei lägen die EBT-Margen dieser Praxen zwischen -0,5 % (mittelgroße Praxen in dünn besiedelten Regionen) und -6,7 % (Praxen in östlichen Regionen). Ein achter Praxistyp (mittelgroße Praxen mit hohen Anteilen an Privaterlösen) hätte – unter den getroffenen Annahmen zur Einnahmen- und Kostenentwicklung – ab dem zweiten Jahr der Umstellung negative EBT-Margen.

Auswirkungen auf Klinik-Radiologien

Im Alternativ-Szenario mit einer pauschalen Aufwertung der technischen Leistungen in der geplanten GOÄ-Neufassung um 35 % beträgt die durchschnittliche Minderung der GOÄ-Erlöse der drei betrachteten Kliniken nur noch -2,2 % (gegenüber -25,1 % im Szenario ohne Aufwertung). Zwischen den drei Krankenhäusern variiert dieser Effekt in einem Spektrum von +1,6 % und -6,1 %.

Für den Leistungsbereich Röntgen ergeben sich dabei relativ hohe (+28,8 %), für den Leistungsbereich CT relativ geringfügige durchschnittliche Erlössteigerungen (+1,8 %), während für den Leistungsbereich MRT gemäß dem Szenario eine durchschnittliche Veränderung der GOÄ-Erlöse um -19,5 % resultiert.

7. Anhang

A1 Anhang 1

A2 Anhang 2

A3 Anhang 3

A1 Capital Asset Pricing Model (CAPM)

Das CAPM entstammt der Kapitalmarkttheorie und ermöglicht unter stark vereinfachten Bedingungen logisch konsistente Ableitungen über die Beziehungen von Risiken und Renditen. Daher erlaubt es auch die Ermittlung von Zinsen, die Investoren im Kapitalmarkt für die Übernahme von Risiken fordern. Dabei wird der Zins einer risikolosen Anlage mit dem Risiko des Gesamtmarktes in Abhängigkeit des Risikos einer bestimmten Einzelanlage verknüpft. Dadurch ermöglicht das CAPM für jede Einzelanlage (bspw. Investition in eine spezifische Radiologiepraxis) die Ermittlung einer risikoäquivalenten Renditeforderung. Die Renditeforderungen der Investoren (für Eigen- und Fremdkapital) entsprechen auf Unternehmerseite den Kapitalbeschaffungskosten und können daher den Kapitalkosten gleichgesetzt werden. Mit den so ermittelten Kapitalkosten kann daher im Sinne des Opportunitätskostenprinzips eine normativ angemessene Vergütung ermöglicht werden, da diese der Rendite entsprechen, die bei einer vergleichbaren Alternativanlage erwartet werden könnte.⁹

Dabei gilt, dass die Renditeerwartung umso höher ist, je größer das Risiko einer Einzelanlage ist. Im CAPM wird die Rendite aus Addition eines risikolosen Zinssatzes und einem Risikozuschlag ermittelt. Der Risikozuschlag wird wiederum als Produkt der Marktrisikoprämie und dem Risikofaktor (Beta-Faktor) berechnet.

Die Marktrisikoprämie entspricht der Differenz zwischen der Rendite aller risikobehafteten Anlagen eines Marktes (Gesamtmarkt) und dem risikolosen Zinssatz. Der Gesamtmarkt verkörpert das systematische Risiko durch makroökonomische Unsicherheiten wie Konjunktur-, Zins- und sonstigen Marktschwankungen, von denen alle Marktteilnehmer in gleicher Weise betroffen sind. Die Marktrisikoprämie entspricht also dem Renditeaufschlag für das Risiko des Gesamtmarkt gegenüber der risikolosen Anlage.

Der Beta-Faktor stellt die Risikobeziehung von der Einzelanlage zum Gesamtmarkt her und ist ein Risikomaß dafür, wie stark die Einzelanlage auf Schwankungen des Gesamtmarkts – insb. infolge von Änderungen der makroökonomischen Rahmenbedingungen – reagiert. Der Gesamtmarkt hat dabei definitionsgemäß den Wert 1. Anlagen, die weniger anfällig für Änderungen der makroökonomischen Rahmenbedingungen sind, haben einen Wert < 1 und solche mit einer höheren Anfälligkeit einen Wert > 1.

Die Abhängigkeit des Eigenkapitalzinssatzes und der Risikobeziehung des Beta-Faktors können in der folgenden Gleichung dargestellt werden:

$$\text{Eigenkapitalzinssatz} = \text{risikoloser Zinssatz} + \text{Marktrisikoprämie} \times \text{Beta-Faktor}$$

⁹ In Bezug auf den Eigentümer einer Radiologiepraxis ergibt sich damit der normativ angemessene Eigenkapitalzinssatz für das in der Einrichtung gebundene betriebsnotwendige Kapital, mit dem er für sein Unternehmerrisiko kompensiert wird.

1.1.1 Ermittlung des risikolosen Zinssatzes und der Marktrisikoprämie

Für den risikolosen Zinssatz und die Marktrisikoprämie kann auf die Empfehlungen des Fachausschuss für Unternehmensbewertung und Betriebswirtschaftslehre (FAUB) des Instituts Deutscher Wirtschaftsprüfer (IDW) zurückgegriffen werden, die insb. im Rahmen von Unternehmens- und Praxisbewertungen in Deutschland etabliert sind. Demzufolge ergibt sich aktuell ein risikoloser Zinssatz von 3,25 % und eine Marktrisikoprämie von 5,25 % bis 6,75 % (Mittelwert: 6,0 %) vor persönlichen Steuern bzw. von 4,5 % bis 5,75 % (Mittelwert: 5,125 %) nach persönlichen Steuern.¹⁰

1.1.2 Bestimmung des Beta-Faktors

In der deutschen Netzentgeltregulierung ist es beispielsweise seit vielen Jahren Praxis den Beta-Faktor auf Grundlage einer Stichprobe vergleichbarer börsennotierter Unternehmen (Vergleichsunternehmen), d. h. solche die sehr ähnlich auf makroökonomische Risiken reagieren, empirisch zu ermitteln. Dafür wird aus den Einzelwerten der Vergleichsunternehmen über ein Verteilungsmaß wie dem Median ein Beta-Faktor für die Ermittlung des regulatorischen Eigenkapitalzinssatzes für bspw. Stromnetzbetreiber berechnet.

Da keine unmittelbar vergleichbaren Unternehmen für radiologische Praxen existieren, d. h. börsennotierte Unternehmen mit dem Hauptgeschäftsfeld radiologischer Praxen (in Deutschland), und bisher kein Konsens darüber besteht, Unternehmen welcher Tätigkeitsfelder als Vergleichsunternehmen infrage kommen könnten (bspw. Versorgungsunternehmen wie Stromversorger) wurde von einer empirischen Ermittlung eines Beta-Faktors abgesehen.

Stattdessen kann nach gutachterlicher Einschätzung für den Beta-Faktor ein Wert von 0,5 angesetzt werden. Denn einerseits ist das Risiko für den Betrieb einer radiologischen Praxis in Deutschland aufgrund der überwiegend stabilen GKV/PKV-Finanzierung in Verbindung mit einer Demografie-bedingten strukturell beständigen oder sogar zunehmenden Nachfrage sehr begrenzt. Andererseits erscheint ein niedrigerer Beta-Faktor unplausibel, da im Ergebnis der berechnete Eigenkapitalzinssatz (5,8 % vor Steuern) zunehmend deutlich unter dem Zinsniveau von 6,5 % für Fremdkapital (insb. Bankkredite) liegen würde, das nach gutachterlichen Einschätzungen für Inhaber radiologischer Praxen zur Finanzierung von Sachanlagen (MRT, CT etc.) aktuell üblich ist.

1.1.3 Bereinigung der Steuerlast unter Berücksichtigung der Rechtsform

Damit der Praxiseigentümer sich die angemessene Vergütung für sein in der Praxis gebundenes Eigenkapital aus dem Betriebsüberschuss auszahlen bzw.

¹⁰ Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland (2025): Link: <https://www.idw.de/idw/idw-aktuell/neue-kapitalkostenempfehlungen-des-faub-stand-22-09-2025.html>, zuletzt aufgerufen am 10.04.2026

ausschütten¹¹ kann, müssen jedoch zuvor noch entsprechende Steuern beglichen werden.¹² Aus diesem Grund wird der auf Basis des CAPM ermittelte Eigenkapitalzins „nach Steuern“ durch die Beaufschlagung mit einem entsprechenden Steuerfaktor auf einen „vor Steuer“-Wert umgerechnet, um als Maßstab bei der Vergütung herangezogen zu werden. Mit dem Steuerfaktor wird also sichergestellt, dass der Eigentümer nach Unternehmenssteuern bzw. persönlichen Steuern den angemessenen Vergütungsbetrag erhält. Der Steuerfaktor hängt daher auch von dem Steuersatz ab, der sich aus der Art der Rechtsform der Praxis ergibt. Außerdem stellt der kalkulatorische Eigenkapitalzinssatz eine Bruttokapitalrendite dar, auf den in Deutschland die Kapitalertragssteuer und der Solidaritätszuschlag erhoben werden (insg. 26,375 %). Dieser Umstand ist wichtig bei der Berechnung des Steuerfaktors für Personengesellschaften, da Einkommen des Personengesellschafters mit dem persönlichen Einkommenssteuersatz versteuert werden hingegen Kapitalerträge mit der Kapitalertragssteuer und dem Solidaritätszuschlag.

Steuerliche Belastungen von radiologischen Praxen in Deutschland

Bei Praxen der Rechtsform Kapitalgesellschaft fallen für Betriebsüberschüsse Gewerbesteuer, Körperschaftsteuer sowie auf diese der Solidaritätszuschlag an. Beim bundesweit durchschnittlichen Gewerbesteuerhebesatz von 409 % auf den Gewerbesteuersatz von 3,5 % ergibt sich eine Gewerbesteuerbelastung von 14,315 %. Die Körperschaftsteuer beträgt derzeit 15 % und erhöht sich durch den Solidaritätszuschlag um 0,825 % (=15 % x 5,5 %). Somit ergibt sich insgesamt eine Steuerbelastung von 30,14 % bzw. ein Steuerfaktor von 1,3014.

Für Eigentümer von Praxen der Rechtsform Personengesellschaft muss berücksichtigt werden, dass Betriebsüberschüsse der eigenen Praxis mit dem Einkommenssteuersatz besteuert werden, Ausschüttung aus Investitionen in anderen Kapitalanlagen aber nur mit der Kapitalertragssteuer zzgl. des Solidaritätszuschlags. Daher wurde der Steuerfaktor so berechnet, dass dieselbe Nettokapitalrendite, d. h. Bruttokapitalrendite nach Abzug von Kapitalertragssteuern zzgl. Solidaritätszuschlag (insg. 26,375 %), erzielbar ist wie bei einer Ausschüttung aus einer Investition in eine Kapitalanlage. Dabei wurde für den persönlichen Einkommenssteuersatz ein Wert von 42 % zugrunde gelegt und die Annahme getroffen, dass aufgrund der Freiberuflichkeit von Radiologen gem. § 18 EstG keine Gewerbesteuer fällig wird. Konkret errechnet sich der Steuerfaktor folgendermaßen: $(1 - 26,375 \%) / (1 - 42 \%)$. Somit ergeben sich folgende Steuerfaktoren:

¹¹ Wenn die Rechtsform der radiologischen Praxis eine Personengesellschaft ist, muss sich der Betreiber der Einrichtung als Eigentümer die Vergütung aus dem Betriebsüberschuss auszahlen und es fällt wiederum der persönliche Einkommenssteuersatz an. Ist die Rechtsform eine Kapitalgesellschaft erfolgt eine Ausschüttung, auf die die jeweilige Gewerbesteuer sowie die Kapitalertragssteuer zzgl. des Solidaritätszuschlags erhoben wird.

¹² Diese Steuern fallen entweder in Form von Unternehmenssteuern für Kapitalgesellschaft (in der Regel Rechtsform Medizinischer Versorgungszentren) bzw. persönliche Steuern für Personengesellschaften (in der Regel Rechtsform von Einzelpraxen) an.

Tabelle 8: Steuerfaktor nach Rechtsform der radiologischen Praxis

Rechtsform der Praxis	Steuerfaktor
Rechtsform Kapitalgesellschaft	1,3014
Rechtsform Personengesellschaft	1,2694
Mittelwert	1,2854

Quelle: IGES

1.1.4 Ergebnis: Durchschnittlich angemessener Eigenkapitalzinssatz für radiologische Praxen

Auf Grundlage der Parametrisierungen für die risikolose Rendite, die Marktrendite und den Beta-Faktors ergibt sich zunächst Eigenkapitalzinssatz von rd. 5,8 % nach Unternehmenssteuern bzw. persönlichen Steuern (s. Tabelle 9). Unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Steuerfaktors für Praxen der Rechtsform Kapital- bzw. Personengesellschaft (s. Tabelle 8) ergibt sich ein Eigenkapitalzinssatz von rd. 7,4 %. Mit diesem Eigenkapitalzinssatz erhält der Eigentümer der radiologischen Praxis für sein in der Praxis gebundenes Eigenkapital genau die Verzinsung, die er für eine vergleichbar riskante Investition am Kapitalmarkt erwarten könnte. Damit wird der benötigte Anreiz für die Investition in die eigene Praxis gesetzt, da der Eigentümer im Sinne des Opportunitätskostenprinzips genau indifferent zwischen beiden Investitionsentscheidungen ist (eigene Praxis vs. Kapitalmarkt).

Tabelle 9: Durchschnittlich angemessener Eigenkapitalzinssatz für radiologische Praxen gemäß Capital Asset Pricing Model (CAPM)

Parameter CAPM bzw. Steuerlast nach Trägerschaft und Rechtsform	Wert
Eigenkapitalzinssatz CAPM (nach Steuern)	5,76 %
Risikofreier Zinssatz	3,20 %
Marktrisikoprämie	5,125 %
Beta-Faktor	0,50
Eigenkapitalzinssatz CAPM inkl. Steuerfaktor (1,2854)	7,41 %

Quelle: IGES auf Basis von FAUB

Anmerkung: Berechnungsformel Eigenkapitalzinssatz (EK-Zinssatz) mit CAPM: EK-Zinssatz CAPM = risikoloser Zinssatz + Marktrisikoprämie x Beta-Faktor; EK-Zinssatz unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Steuerfaktors: EK-Zinssatz CAPM inkl. Steuerfaktor = EK-Zinssatz CAPM x Steuerfaktor

A2 Anhang 2: Ergebnisse für Szenario mit kalkulatorischer Eigenkapitalverzinsung

Tabelle 10: Schätzung der Veränderungen der EBT-Margen der Radiologie-Praxen der Datengrundlage (2025-2030) bei zusätzlicher kalkulatorischer Eigenkapitalverzinsung

Praxistyp	Anteil	EBT-Marge						
		2025	2026	Delta (%-Punkte)	2027	2028	2029	2030
1 kleine Praxen (1 MRT/CT)	12%	17,5%	2,2%	-15,3%	1,7%	1,3%	0,8%	0,3%
2 mittlere Praxen (2-3 MRT/CT)	69%	3,0%	-7,6%	-10,6%	-7,9%	-8,2%	-8,6%	-8,9%
3 große Praxen (≥4 MRT/CT)	19%	4,3%	-6,3%	-10,5%	-6,6%	-6,9%	-7,2%	-7,6%
4 Privatumsatz gering (<20%)	40%	-2,7%	-9,0%	-6,3%	-9,3%	-9,5%	-9,8%	-10,0%
5 Privatumsatz mittel (20-40%)	46%	6,1%	-5,2%	-11,3%	-5,5%	-5,9%	-6,3%	-6,6%
6 Privatumsatz hoch (>40%)	14%	15,7%	-4,5%	-20,2%	-5,0%	-5,6%	-6,2%	-6,8%
7 Region West	86%	5,7%	-5,2%	-10,9%	-5,6%	-5,9%	-6,3%	-6,7%
8 Region Ost	14%	-6,3%	-16,8%	-10,5%	-17,1%	-17,4%	-17,6%	-18,0%
9 Bevölkerung - Großstadt	25%	0,8%	-9,8%	-10,7%	-10,1%	-10,5%	-10,8%	-11,1%
10 Bevölkerung - mittelgroße Stadt	52%	8,1%	-3,0%	-11,0%	-3,3%	-3,7%	-4,0%	-4,4%
11 Bevölkerung - Provinz	23%	-2,2%	-12,8%	-10,6%	-13,1%	-13,5%	-13,8%	-14,2%
12 mittlere Praxen - geringer Privatumsatz	27%	-1,2%	-7,6%	-6,4%	-7,9%	-8,1%	-8,4%	-8,6%
13 mittlere Praxen - mittlerer Privatumsatz	35%	5,5%	-5,7%	-11,3%	-6,1%	-6,4%	-6,8%	-7,1%
14 mittlere Praxen - hoher Privatumsatz	7%	5,9%	-16,6%	-22,5%	-17,2%	-17,8%	-18,4%	-19,0%
15 mittlere Praxen - Großstadt	18%	-3,8%	-14,0%	-10,2%	-14,3%	-14,6%	-14,9%	-15,2%
16 mittlere Praxen - mittelgroße Stadt	31%	6,9%	-3,4%	-10,4%	-3,8%	-4,1%	-4,5%	-4,8%
17 mittlere Praxen - Provinz	21%	1,0%	-10,1%	-11,1%	-10,4%	-10,8%	-11,1%	-11,5%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e.V. sowie des Statistischen Bundesamtes

Literaturverzeichnis

- Bundesärztekammer (BÄK) (2025): Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Kompromiss zwischen Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung (Stand: 30.04.2025); [GOÄ-Novellierung - Bundesärztekammer](#) (Abruf: 14.04.2026)
- Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e. V. (IDW) (2025): Neue Kapitalkostenempfehlungen des FAUB – Stand 22.09.2025, [Neue Kapitalkostenempfehlungen des FAUB - Stand 22.09.2025](#) (Abruf: 14.04.2026)
- InEK, DKG, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung (2016): Kalkulation von Behandlungskosten, Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Version 4.0, 10. Oktober 2016, Düsseldorf.
- Statistisches Bundesamt (2025): Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich 2023, Statistischer Bericht, Wiesbaden.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (o. J.): Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen – Kurz-GOÄ –, [GOÄ Gebührenordnung für Ärzte.pdf](#) (Abruf: 14.04.2026)
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

