

Gutachten zur wirtschaftlichen Lage der ambulanten Radiologie in der GKV

Teil I: Ermittlung eines Transkodierungsfaktors zwischen EBM und GOÄ für radiologische Leistungen

Teil II: Unternehmereinkommen und Eigenkapitalzins des niedergelassenen Radiologen

Teil III: Anschaffungs- und Betriebskosten für Geräte in der EBM-Kalkulation für radiologische Leistungen

Abschlussbericht

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

Dr. C. Minartz



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München

Mai 2013

Vorwort des Auftraggebers

Das ambulante Gesundheitswesen ist spätestens seit der Jahrtausendwende geprägt von beinahe jährlichen großen und kleinen Reformen, deren erklärtes Ziel die Eindämmung der steigenden Kosten der Patientenversorgung ist. Die Gerätemediziner und insbesondere die Radiologen stehen bei diesen Bemühungen besonders im Blickpunkt. Dies ist verständlich: Ca. € 5,15 Mrd. (3,2 % aller GKV-Ausgaben) wurden in 2009 allein für radiologische Leistungen aufgewendet. Klar ist, dass die medizinischen Großgeräte mit den dazu gehörenden Fachkräften und IT-Systemen einen erheblichen Kostenblock bilden. Die öffentliche Diskussion fokussiert sich aber häufig auf das Einkommen der Radiologen selbst: In den Medien werden sie immer wieder als „Top-Verdiener“ unter den Ärzten dargestellt. Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes legen nahe, dass es bei der Verteilung der GKV-Honorare ein Ungleichgewicht zugunsten der Radiologen gäbe und dass hier erhebliches Einsparpotential zu finden wäre. Doch wer genauer hinsieht, stellt fest, dass schon die Datenbasis voller Widersprüche steckt: Ist der Radiologe beim Statistischen Bundesamt unangefochtener Spitzenreiter, findet er sich in der Studie des IGES zur EBM-Kalkulation im Mittelfeld wieder und ist bei den Erhebungen des ZiPP sogar Schlusslicht unter den Kassenärzten. Nun hat die KBV angekündigt, die Vergütung von technischen Leistungen zugunsten der in der „Grundversorgung“ tätigen „sprechenden Ärzte“ weiter abzusenken, obwohl keinerlei verlässliche Daten zum Kostendeckungsgrad der EBM-Vergütung bei technischen Leistungen vorlagen. Vielmehr lässt bereits die Herkunft der Berechnungsgrundlagen des EBM (TARMED aus den 1990er Jahren) darauf schließen, dass eine Überprüfung und Aktualisierung des EBM – gerade in einem so dynamischen und innovativen Fachbereich wie der Radiologie – notwendig ist.

Gleichzeitig ist im Wahljahr 2013 die Diskussion um eine neuerliche Gesundheitsreform unter dem Stichwort „Bürgerversicherung“ entbrannt. Die Verschmelzung des bisher in einen privaten und einen gesetzlichen Sektor getrennten Gesundheitsmarktes steht bei mehreren Bundestagsparteien im Wahlprogramm; auch unter Fachleuten wird bereits mehr über das „Wie?“ und „Wann?“ als über das „Ob?“ diskutiert. Dabei beteuern alle Seiten den politischen Willen, eine gravierende Umverteilung mit Reformgewinnern und -verlierern zu vermeiden. Doch die Zusammenführung zweier fundamental unterschiedlicher Finanzierungs- und Vergütungssysteme so auszutarieren, dass keine unverhältnismäßige Benachteiligung einzelner Akteure stattfindet, erfordert neben gutem Willen vor allem eine valide Datenbasis und genaue Berechnungen. Dabei ist das ökonomische Verhältnis zwischen Kassen- und Privatradiologie aber bislang ebenso ungeklärt gewesen wie die Ökonomie der Kassenradiologie selbst.

Das Radiologienetz Deutschland, der bundesweit größte Praxisverbund in der Radiologie mit 360 Ärzten in 100 Praxen mit 70 angeschlossenen Krankenhausabteilungen, hat nicht zuletzt unter dem Eindruck der aktuellen Diskussionen die Notwendigkeit einer gesicherten und transparenten Datengrundlage erkannt. Eigene Berechnungen – sowohl mit öffentlich verfügbaren als auch mit netzinternen Daten – ließen den Schluss zu, dass die reale Honorarsituation der Radiologie nicht dem entspricht, was in bisherigen Veröffentlichungen und besonders in den politischen Auseinandersetzungen vorgetragen worden ist. Daher gibt es dringenden Bedarf nach einer aktuellen wissenschaftlichen Analyse, die den Akteuren eine genaue Bewertung und eine objektive Beurteilung zukünftiger Reformen und Maßnahmen ermöglicht.

Um diesem Erfordernis nachzukommen, beauftragte der Fachbeirat des Radiologienetz Deutschland die Curagita AG, eine solche Analyse zusammen mit dem Institut für Gesundheitsökonomik München (IfG) durchzuführen. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass mit dem Gutachten keine verbandspolitischen Intentionen verfolgt werden.

Das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) unter der Leitung von Prof. Dr. Günter Neubauer und der Mitarbeit von Dr. Christof Minartz hat sich dieser Aufgabe im Auftrag des Radiologienetz Deutschland gestellt. Dank seiner ökonomischen Expertise und seiner langjährigen gesundheitspolitischen Erfahrung ist Prof. Neubauer bestens qualifiziert, mit wissenschaftlicher Methodik und Genauigkeit nicht nur einen umfassenden Überblick über die wirtschaftliche Situation der Radiologie zu geben, sondern auch auf Diskrepanzen aufmerksam zu machen, die zwischen den normierten Zielen bzw. den Annahmen der Entscheidungsträger und den realen Zahlen bestehen.

Mit dem nun vorliegenden Abschlussbericht legen wir, das Curagita Projektteam, bestehend aus den Herren Dr. Johannes Schmidt-Tophoff, Carsten Krüger, Olaf Ertel, Till Wippermann und Frau Dorothea Schmid die Ergebnisse dem Fachbeirat und den Mitgliedern des Radiologienetz vor und wünschen uns, dass diese Analyse Eingang in die öffentliche Diskussion findet. Sie soll verstanden werden als Beitrag zur Diskussion um die Verbesserung der Zukunftsfähigkeit der Patientenversorgung, für welche die Radiologen eine Schlüsselrolle innehaben. Denn moderne radiologische Diagnostik ist eine der schärfsten Waffen im Kampf um kürzere Behandlungspfade, um die Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung, um mehr Effizienz in der Therapie – und um die nachhaltige Eindämmung der Kosten der Gesundheitsversorgung.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	6
Teil I: Ermittlung eines Transkodierungsfaktors zwischen EBM und GOÄ für radiologische Leistungen	13
1 Ausgangslage und Zielsetzung	14
2 Methodik.....	16
2.1 Methodische Vorgehensweise	16
2.2 Identifikation der relevanten Leistungspositionen.....	20
2.3 Leistungsbewertung	26
3 Datengrundlagen	34
4 Durchführung der Untersuchung.....	35
4.1 Berechnungsergebnisse.....	35
4.2 Vergleich mit den Ergebnissen analoger Studien.....	37
4.3 Alternative Berechnung zur Ermittlung eines Transkodierungsfaktors	39
5 Fazit	43
Teil II: Unternehmereinkommen und Eigenkapitalzins des niedergelassenen Radiologen.....	46
1 Ausgangslage und Zielsetzung.....	47
2 Begriffsbestimmung.....	51
3 Aufwendungen versus Kosten in der niedergelassenen Radiologie.....	54
4 Betriebswirtschaftliche Kalkulation im Rahmen des EBM	58
4.1 Bewertung einer radiologischen Praxis	62
4.2 Berücksichtigung von Substanzwert und Goodwill in der EBM-Kalkulation	68
4.3 Bestimmung eines marktgerechten Eigenkapitalzinses	71
4.4 Beurteilung des unternehmerischen Risikos eines niedergelassenen Radiologen	77
4.4.1 Reform der bestehenden Bedarfsplanung	78
4.4.2 Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.....	80
4.4.3 Selektivverträge nach §73c SGB V	82
4.4.4 Staatlich regulierte Gebührenordnungen	83

4.4.5	Morbiditätsrisiko	84
4.4.6	Konkurrenz durch Teilradiologen	85
5	Fazit	87
Teil III: Anschaffungs- und Betriebskosten für Geräte in der EBM-Kalkulation		
	für radiologische Leistungen	90
1	Ausgangslage und Zielsetzung.....	91
2	Analyse der Datengrundlage für die EBM-Kalkulation.....	93
2.1	Repräsentativität und Aktualität der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes	93
2.2	Fehlende und unzureichend differenzierte Daten in der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes	96
2.3	Zusammensetzung der Erlöse in der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes	100
3	Analyse der EBM-Kalkulation für radiologische Leistungen.....	102
3.1	Kostenartenrechnung	103
3.2	Kostenstellenrechnung.....	107
3.3	Kostenträgerrechnung.....	111
3.4	Kritik an der Kalkulationssystematik der technischen Leistungen	113
4	Berechnung des notwendigen EBM-Honorarvolumens für eine kostendeckende Kassenradiologie.....	118
4.1	Entwicklung einer synthetischen radiologischen Musterpraxis	118
4.1.1	Praxisgröße.....	118
4.1.2	Apparative Ausstattung der Praxis	119
4.1.3	Umfang der nicht-ärztlichen Personalausstattung	121
4.2	Kosten der synthetischen radiologischen Musterpraxis.....	122
4.2.1	Kosten für die apparative Ausstattung und deren Inbetriebnahme....	123
4.2.2	Fremdkapitalzinsen	124
4.2.3	Wartungskosten	124
4.2.4	Energiekosten	125
4.2.5	Personalkosten	125
4.2.6	Miete für Praxisräume	125
4.2.7	Versicherungskosten, Beiträge und Gebühren.....	126

4.2.8	Material- und Laborkosten	126
4.2.9	Sonstige Kosten (inklusive Fortbildungskosten und KV-Verwaltungskosten)	126
4.2.10	Gesamtkosten der synthetischen radiologischen Musterpraxis.....	127
4.3	Vergleich der Kosten der synthetischen radiologischen Musterpraxis mit der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes	128
4.4	Berechnung einer kostendeckenden GKV-Vergütung auf Grundlage der Kostendaten der synthetischen radiologischen Musterpraxis.....	134
5	Fazit und Ausblick.....	142
	Literaturverzeichnis	145

Management Summary

Teil I: Ermittlung eines Transkodierungsfaktors zwischen EBM und GOÄ für radiologische Leistungen

Das Ziel der Untersuchung besteht darin, das Niveau der Vergütung im Bereich der **ambulanten radiologischen Versorgung** von auf der einen Seite GKV-Versicherten (**Vergütung gemäß EBM**) und auf der anderen Seite privat Versicherten (**Vergütung gemäß GOÄ**) zu vergleichen. Es soll ein **Transkodierungsfaktor** ermittelt werden, der angibt, um welchen Faktor diese Leistungen im Durchschnitt nach der GOÄ höher vergütet werden im Vergleich zum EBM.

Die Berechnung des Transkodierungsfaktors erfolgt in enger Anlehnung an eine in den Wirtschaftswissenschaften anerkannte Methodik zum Vergleich von Preisniveaus, genauer gesagt dem **Preisindex nach Laspeyres**, der z. B. vom statistischen Bundesamt zur Ermittlung der Preisentwicklung gegenüber dem Vorjahr herangezogen wird. Anhand der Bildung eines spezifischen Warenkorbs wird die Untersuchung auf ein „**durchschnittliches**“ **Vergütungsniveau** ausgerichtet und ermöglicht die Ermittlung eines Transkodierungsfaktors für eine **repräsentative Gesamtheit von radiologischen Leistungen**. Es findet eine Überleitung vom EBM zur GOÄ statt, so dass die relevanten Positionen des EBM das Leistungsgerüst für einen Vergleich der Vergütungsniveaus bei der Abrechnung von radiologischen Leistungen nach dem EBM bzw. der GOÄ bilden. Bei der Leistungsbewertung werden unterschiedliche Szenarien für den Steigerungssatz nach der GOÄ sowie für den EBM-Punktwert berücksichtigt.

Gemäß der folgenden Tabelle nimmt der **Transkodierungsfaktor** – je nach den gewählten Szenarien – Werte in einer **Spannbreite zwischen 2,21 und 4,69** ein. Der Transkodierungsfaktor in Höhe von **4,35** gibt die **Abrechnungsrealität am besten wieder**, da dieser auf einem empirischen GOÄ-Steigerungsfaktor für radiologische Leistungen in Höhe von 1,84 sowie einem abgesenkten EBM-Punktwert bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens bzw. des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens in Höhe von 3,0 Cent basiert. Im Durchschnitt liegt damit die GOÄ-Vergütung bei vergleichbaren radiologischen Leistungen mehr als viermal so hoch wie die entsprechende EBM-Vergütung.

Tabelle: Berechnungsergebnisse für den Transkodierungsfaktor EBM-GOÄ für radiologische Leistungen

GOÄ-Steigerungsfaktor

		Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4
		Steigerungsfaktor: 1,0	Steigerungsfaktor: 1,8	Steigerungsfaktor: 1,84	Steigerungsfaktor: 2,0
EBM-Punktwert	Szenario I	Transkodierungsfaktor A	Transkodierungsfaktor B	Transkodierungsfaktor C	Transkodierungsfaktor D
	Punktwert 3,5048 Cent	= 2,21	= 3,66	= 3,73	= 4,02
EBM-Punktwert	Szenario II	Transkodierungsfaktor E	Transkodierungsfaktor F	Transkodierungsfaktor G	Transkodierungsfaktor H
	Punktwert 3,0 Cent	= 2,58	= 4,27	= 4,35	= 4,69

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Berechnung eines **durchschnittlichen Transkodierungsfaktors** zwischen GOÄ und EBM über die gesamte Leistungsbreite aller Fachgruppen hinweg, d. h. unter Einbeziehung aller GOÄ-Abschnitte bzw. EBM-Kapitel, würde den Transkodierungsfaktor für radiologische Leistungen unterschätzen. Vor allem im Bereich der **radiologischen Leistungen** ist die **GOÄ-Vergütung** im Vergleich zum EBM **deutlich höher** als bei anderen Fachgruppen angesiedelt bzw. fällt umgekehrt die **EBM-Vergütung** in der Radiologie im Vergleich zur GOÄ-Vergütung **besonders niedrig** aus.

Aus der betriebswirtschaftlichen Sicht eines niedergelassenen Radiologen bedeutet dies, dass er auf die **Quersubventionierung** aus der Erbringung von GOÄ-Leistungen angewiesen ist, damit er im Rahmen einer **Mischkalkulation** auch EBM-Leistungen kostendeckend erbringen kann. Ohne die im Vergleich zum EBM deutlich höheren GOÄ-Einnahmen kann die Existenz von radiologischen Praxen gefährdet sein. Insbesondere die Einführung einer **Bürgerversicherung**, die mit einer **einheitlichen Vergütung** auf Grundlage des EBM einhergehen würde, dürfte zu einer hohen Zahl an **Praxisschließungen** im Bereich der niedergelassenen Radiologie führen, sofern keine ausreichende Kompensation bei der Vergütung auf Grundlage des berechneten Transkodierungsfaktors erfolgt.

Teil II: Unternehmereinkommen und Eigenkapitalzins des niedergelassenen Radiologen

Vor dem Hintergrund der aufgrund der geräteintensiven Leistungserbringung hohen Investitionsvolumen in der niedergelassenen Radiologie soll untersucht werden, welche **Rolle die Kapitalkosten** und das damit verbundene **unternehmerische Risiko** spielen und inwieweit diese im Rahmen der **EBM-Vergütung** berücksichtigt werden.

Das **Unternehmereinkommen** eines niedergelassenen Arztes ist dynamisch und setzt sich aus dem (kalkulatorischen) **Arbeitslohn des Arztes**, dem **Zins für das eingesetzte Eigenkapital** und der **unternehmerischen Risikoentlohnung** zusammen. Würde man im Rahmen einer Vergütungskalkulation nur den Arbeitslohn des Arztes berücksichtigen, dann würden die entgangenen Zinserlöse aus dem eingesetzten Eigenkapital (Opportunitätskosten) und das allgemeine, nicht kalkulierbare Unternehmenswagnis des niedergelassenen Arztes unberücksichtigt bleiben. Dies hätte zur Folge, dass ein niedergelassener Arzt gegenüber einem angestellten Arzt schlechter gestellt würde, was die Bereitschaft zur Niederlassung verringern würde. Vor allem bei geräteintensiven Fachgruppen, in denen der Kapitaleinsatz und das damit verbundene unternehmerische Risiko besonders hoch sind, kann dies zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation führen.

Die **EBM-Kalkulation berücksichtigt** das **unternehmerische Risiko** und die **Verzinsung des eingesetzten Eigenkapitals** eines niedergelassenen Radiologen **gar nicht** bzw. **nur unzureichend**, was dazu führt, dass aufgrund von vorhandenen kalkulatorischen Kosten die Behandlung von GKV-Patienten nicht kostendeckend erfolgen kann. Da die Finanzbuchhaltung eine wichtige Datenquelle für die EBM-Kalkulation darstellt, werden in erster Linie Aufwendungen und nicht Kosten für die Kalkulation der Vergütung herangezogen, so dass die derzeitige Berücksichtigung von kalkulatorischen Kosten nicht weit genug greift. Der kalkulatorische Eigenkapitalzins wird im STABS lediglich mit 511,29 Euro bemessen, während die kalkulatorischen Wagnisse des niedergelassenen Radiologen überhaupt nicht in die Berechnung einfließen.

Niederlassungswillige Radiologen sind aufgrund der nahezu im gesamten Bundesgebiet gesperrten Zulassungsbezirke darauf angewiesen, bestehende Praxen

zu übernehmen bzw. in bestehende Gemeinschaftspraxen einzusteigen, falls dort Ärzte ausscheiden. Für den niederlassungswilligen Radiologen bedeutet dies, dass er das notwendige Investitionsvolumen für den **materiellen Wert (Substanzwert)** sowie für den **immateriellen Praxiswert (Goodwill)** der bestehenden Praxis zu finanzieren hat. Als Richtwert für den Kaufpreis können ca. **936 Tausend Euro** angesetzt werden, die sich aus ca. **460 Tausend Euro** für den Substanzwert und ca. **476 Tausend Euro** für den Goodwill zusammensetzen. Die damit verbundenen Praxisübernahmekosten finden weder in der EBM-Kalkulation noch in den veröffentlichten Kostenstruktur- und Einnahmestatistiken eine adäquate Berücksichtigung. Würde man nur eine Verzinsung des Investitionsvolumens für den Goodwill mit einem **markt- und risikogerechten Eigenkapitalzinssatz** bezogen auf die niedergelassene Radiologie in Höhe von ca. **8,0%** ansetzen, würde dies bislang unberücksichtigte **kalkulatorische Eigenkapitalzinsen** in Höhe von ca. **38 Tausend Euro** im Jahr pro niedergelassenen Radiologen bedeuten. Entsprechend werden im Status quo die tatsächlichen Einkommen der niedergelassenen Radiologen in den Statistiken überschätzt und die EBM-Vergütung fällt ohne Einbeziehung solcher kalkulatorischen Kosten zu gering aus.

Damit Radiologen zukünftig weiterhin bereit sind, die Investitionen und das damit verbundene unternehmerische Risiko zu tragen, müssen die genannten kalkulatorischen Kosten adäquat in der Vergütung berücksichtigt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass gerade bei geräte- und damit investitionsintensiven Fachgebieten wie der Radiologie die **freiberufliche Leistungserbringung zurückgedrängt wird**, weil jüngere Ärzte die Investitionen und damit die Niederlassung als Vertragsarzt scheuen. Damit wächst auch mittel- und langfristig die Gefahr, dass sich im Bereich der Radiologie **monopolistische Strukturen** entwickeln, die sich nachteilig auf die Versorgungssituation auswirken können.

Bei Ärzten, die ein geringes Investitionsvolumen und ein geringes unternehmerisches Risiko haben, fällt diese Tatsache weniger ins Gewicht als bei investitionsintensiven Fachgruppen wie Radiologen. Deshalb sollte die **EBM-Kalkulation** im Hinblick auf die Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos sowie die Eigenkapitalverzinsung **überarbeitet** werden, da im Status quo bei kapitalintensiven Fachgruppen die EBM-Vergütung verhältnismäßig gering bemessen ist.

Teil III: Anschaffungs- und Betriebskosten für Geräte in der EBM-Kalkulation für radiologische Leistungen

Die EBM-Kalkulation mittels des Standardbewertungssystems (STABS) ist auf der Grundlage des schweizerischen Tarifwerks TARMED unter Einbeziehung von deutschen Daten und der Bereinigung um spezifische schweizerische Besonderheiten entstanden. Bei den kontinuierlichen Überarbeitungen des EBM wurde und wird auch zukünftig überwiegend auf **Daten des Statistischen Bundesamtes** zurückgegriffen. Allerdings ist diese Datenbasis nur bedingt für eine Vergütungskalkulation geeignet.

Dies liegt u. a. daran, dass die ermittelten Einnahmen und Aufwendungen einer Arztpraxis im Rahmen der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes auf der Basis der Anzahl der Praxisinhaber, nicht aber auf der Basis der jeweils zur Verfügung stehenden **KV-Arztstühle** ermittelt werden. Dadurch können die Daten nicht als grundsätzlich repräsentativ für die EBM-Kalkulation verwendet werden, da dort jeweils die Vergütung unter der Annahme eines vollzeittätigen Arztes mit vollem KV-Arztstuhl – unabhängig davon ob Praxisinhaber oder angestellter Arzt – kalkuliert wird.

Außerdem werden für die Kostenstrukturerhebung ausschließlich Daten aus der steuerlichen Überschussrechnung der Arztpraxen herangezogen. Gerätekosten, die bei einigen Praxen als **Sonderbetriebsausgaben einzelner Gesellschafter** enthalten sind und somit nicht in der steuerlichen Überschussrechnung der Arztpraxis erscheinen, werden daher nicht berücksichtigt.

Zudem werden bestimmte Kostenarten nur wenig differenziert in den Daten des Statistischen Bundesamtes dargestellt, was bei der Übertragung dieser Daten in das Standardbewertungssystem des EBM insbesondere für geräteintensive Fachgruppen problematisch ist. So haben **Wartungskosten** in der radiologischen Praxis einen hohen Anteil an den Gesamtkosten und sind einzelnen Geräten und damit radiologischen Verfahren direkt zuzuordnen. In der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes werden diese Wartungskosten, aber nicht als separate Kostenart erfasst und ausgewiesen, sondern sind in den „Sonstigen betrieblichen Aufwendungen“ enthalten.

Diese „Sonstigen betrieblichen Aufwendungen“ fließen in die STABS-Kalkulation aber nur als **indirekte Kosten** ein. Indirekte Kosten werden im Unterschied zu den direkten Kosten (z. B. Abschreibungen, Personalaufwendungen etc.) nur über einen einheitlichen, zeitabhängigen Verrechnungsschlüssel auf die Kostenstellen und letztlich auf die einzelnen EBM-Leistungen umgelegt. Damit werden die grundsätzlich verursachungsgerecht zurechenbaren Wartungskosten nur über einen Schlüssel verteilt, der dem **Verursachungsprinzip nicht automatisch gerecht wird**. Diese Problematik betrifft in der niedergelassenen Radiologie insbesondere den wartungskostenintensiven Schnittbildbereich (MRT und CT).

Zudem wird für bestimmte Kostenstellen und damit (Teil-)Leistungen, die zum Kernbereich anderer Fachgruppen gehören (z. B. „Sprechzimmer“), der für die Radiologie ermittelte Kostensatz der technischen Leistung durch den Kostensatz einer anderen Fachgruppe ersetzt. Dieser **Kostensatz des Tarifgebers** liegt in der Regel niedriger, teilweise aber auch höher als der des Radiologen. Durch diese punktuellen Modifikationen kann es dazu kommen, dass die in der Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamtes ausgewiesenen Gesamtaufwendungen eines Radiologen nicht komplett im EBM abgebildet sind.

Ein weiterer Grund für die nicht-kostendeckend kalkulierten Entgelte stellt die **Praxisgröße** dar, da in der Kalkulation die Kosten stets auf einen einzelnen Radiologen mit einem vollen KV-Sitz normiert werden. Grundlage für die Daten des Statistischen Bundesamtes sind die steuerlichen Überschussrechnungen von Arztpraxen mit einer unterschiedlichen Anzahl an Praxisinhabern (Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften). Da sich mit einer steigenden Betriebsgröße **Kostendegressionseffekte** erzielen lassen, wirkt sich die Entwicklung der Praxisgröße entscheidend auf die Höhe der Kosten des einzelnen Radiologen mit KV-Sitz aus. Wenn Leistungserbringer auf den Kostendruck reagieren und größere Einheiten bilden, wird damit ceteris paribus auch zur Senkung der Gerätekosten beigetragen. Wenn diese aufgrund der Konsolidierung sinkenden Kosten bei der Überarbeitung des EBM in die Kalkulation einfließen, kann dies letztlich dazu führen, dass die auf den einzelnen Radiologen normierte Kalkulation für kleinere Praxen keine kostendeckenden Entgelte ermöglicht. Dies kann insbesondere in ländlichen Gebieten **negative Auswirkungen** auf die **Versorgung** mit radiologischen Leistungen haben.