

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

11 | November 2026

Minimal-invasive Schmerztherapie

„Radiologie sichert maximale Zielgenauigkeit bei möglichst kleiner Intervention!“

Chronische Schmerzen werden häufig über lange Zeit medikamentös oder physiotherapeutisch behandelt. Die interventionelle Radiologie ergänzt dieses Spektrum um bildgesteuerte, minimal-invasive Verfahren, die gezielt an Nerven, Gelenken, Knochen oder tumorbedingten Schmerzursachen ansetzen. Die Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) hat 2026 die neue Qualifikation „DeGIR-Spezialist:in für minimal-invasive Schmerztherapie“ eingeführt. Prof. Dr. med. Marco Das ist Chefarzt der Diagnostischen und Interventionellen Radiologie an der Helios St. Johannes Klinik Duisburg und wissenschaftlicher Co-Leiter des DeGIR-Live-Webinars für „minimal-invasive Schmerztherapie“ (weitere Informationen bei der DeGIR). Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte ihn nach Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven der interventionellen Schmerztherapie.

Redaktion: Die minimal-invasive Schmerztherapie richtet sich an sehr unterschiedliche Patientengruppen. Welches Verfahren spielt in der ambulanten Radiologie eine besonders große Rolle?

Prof. Das: Ein Klassiker ist die periradikuläre Therapie, kurz PRT. Sie kommt vor allem bei radikulären Beschwerden zum Einsatz, etwa bei einem Bandscheibenvorfall oder einer foraminalen Stenose. Unter CT-Kontrolle platzieren wir die Nadel millimetergenau an der betroffenen Nervenwurzel und applizieren dort ein Lokalanästhetikum, je nach Indikation kombiniert mit einem Kortikosteroid. Der entscheidende

Punkt ist: Wir behandeln nicht unspezifisch „Rückenschmerz“, sondern eine klinisch und bildgebend passende Nervenwurzelreizung.

Redaktion: Ein wachsendes Feld sind chronische Gelenkschmerzen. Was kann die interventionelle Radiologie hier anbieten?

Prof. Das: Besonders dynamisch entwickelt sich die Gelenkarterienembolisation, am besten untersucht am Knie. Dabei embolisieren wir nicht das Gelenk selbst und auch keine Nerven. Ziel sind pathologisch vermehrte, schmerzassoziierte Gefäße in entzündlich veränderter Synovia und im periartikulären

Inhalt

EBM 2027

OW 2027 steigt auf
13,0207 Cent – Download
für Radiologen 3

G-BA

Mammografie-Screening künftig
für Frauen ab 45 Jahren 3

Digitalisierung/ Katastrophenschutz

„Radiologie-Bilder müssen
mobiler werden!“ 4

Statistik/ Betriebswirtschaft

BWL-Analyse der Destatis-Zahlen
für Radiologiepraxen zeigt
vulnerables System 5

Private Altersvorsorge

Das Altersvorsorgedepot: eine
neue Vorsorgechance für alle
Radiologen 7

Download

Orientierungspunktwert 2027:
Liste der radiologischen
Leistungen mit Eurobewertungen
ab dem 01.01.2027

ren Gewebe. Über einen sehr kleinen Katheter werden diese Gefäße selektiv embolisiert. Für geeignete Patienten mit persistierenden Arthroseschmerzen trotz konservativer Therapie kann das eine zusätzliche Option sein – insbesondere wenn eine Operation noch nicht gewünscht oder nicht sinnvoll ist.

Wichtig ist aber die wissenschaftliche Einordnung: Viele Kohorten zeigen relevante Schmerzreduktionen. Das ist vielversprechend, aber Patientenselektion und weitere hochwertige Evidenz bleiben entscheidend.

Redaktion: Kann man diese Verfahren auch an anderen Gelenken einsetzen?

Prof. Das: Prinzipiell ja, die Evidenz ist aber je nach Gelenk sehr unterschiedlich. Das Knie ist derzeit mit Abstand am besten untersucht. Für Schulter, Ellenbogen oder andere Gelenke gibt es interessante Ansätze und kleinere Studien, aber noch keine vergleichbare Datenbasis.

Redaktion: Welche Rolle spielen minimal-invasive Verfahren bei osteoporotischen Frakturen?

Prof. Das: Hier geht es um Stabilisierung und Schmerzreduktion. Bei schmerzhaften osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen können Vertebro- oder Kyphoplastie in ausgewählten Fällen sinnvoll sein. Bei sakralen Insuffizienzfrakturen ist die Sakroplastie ein verwandtes Konzept: Knochenzement wird bildgesteuert in die Frakturzone eingebracht, um Mikrobewegungen zu reduzieren und Schmerzen zu lindern. Das ersetzt nicht pauschal eine operative Stabilisierung. Entscheidend sind Frakturmorphologie, neurologische Situation, Instabilität und das interdisziplinäre Behandlungskonzept.

Redaktion: Eine weitere wichtige Patientengruppe sind Tumorpatienten. Welche Möglichkeiten bestehen dort?

Prof. Das: Gerade bei tumorbedingten Schmerzen kann die interventionelle Radiologie sehr viel bewirken. Tumorgewebe oder schmerzleitende Strukturen lassen sich beispielsweise mittels Kryoablation gezielt mit Kälte behandeln. Andere thermische Verfahren arbeiten mit Radiofrequenz oder Mikrowelle. Zusätzlich gibt es gezielte Nerven- und Plexusblockaden beziehungsweise chemische Neurolysen, etwa am Plexus coeliacus bei ausgewählten Patienten mit Oberbauchtumoren.

Das Ziel ist häufig palliativ, aber hochrelevant: weniger Schmerz, weniger Analgetikabedarf und mehr Lebensqualität. Bei ossären Metastasen können Ablation und Zementaugmentations je nach Situation auch kombiniert werden.

Redaktion: Was ist der besondere Vorteil der interventionellen Radiologie, um Schmerzen zu lindern?

Prof. Das: Unser entscheidender Vorteil ist die Bildsteuerung. Wir sehen die Zielstruktur und den Zugangsweg – und können die Therapie exakt dorthin bringen, wo sie wirken soll. CT, Durchleuchtung, Angiografie oder Ultraschall sind dabei keine Diagnostik „nebenbei“, sondern das Navigationssystem der Behandlung. Das reduziert unnötige Gewebetraumatisierung und ermöglicht Eingriffe über Zugänge von wenigen Millimetern. Kurz gesagt: maximale Zielgenauigkeit bei möglichst kleiner Intervention.

Redaktion: Wo liegen die Vorteile gegenüber einer rein konservativen Behandlung?

Prof. Das: Ich würde nicht von einem Gegeneinander sprechen. Gute interventionelle Schmerztherapie ersetzt ein sinnvolles konservatives Konzept nicht – sie erweitert es. Eine PRT sollte beispielsweise bei entsprechender Indikation mit Bewegung, Physiotherapie und gegebenenfalls medikamentöser Therapie verzahnt sein. Andere Verfahren kommen dann ins Spiel, wenn konservative Strategien ausgeschöpft sind oder Medikamente wegen Nebenwirkungen an Grenzen stoßen. Der Mehrwert liegt darin, einen definierten Schmerzgenerator gezielt zu behandeln, statt die Therapie systemisch immer weiter zu eskalieren.

Redaktion: Gibt es Risiken und Nebenwirkungen?

Prof. Das: Ja – minimal-invasiv bedeutet nicht risikofrei, aber sehr risikoarm. Das Risikoprofil hängt stark vom jeweiligen Verfahren und von der anatomischen Region ab. Bei CT-gesteuerten Injektionen sind unter anderem Blutung, Infektion, allergische Reaktionen auf Kontrastmittel sowie selten Nerven- oder Gefäßverletzungen zu berücksichtigen. Bei Embolisierungen kommen Gefäßzugangsprobleme und eine unbeabsichtigte Embolisierung nicht gewünschter Gewebe hinzu. Bei Ablationen sind thermische oder kryogene Schäden benachbarter Strukturen möglich. Gerade deshalb sind Bildsteuerung, sorgfältige Indikationsstellung, standardisierte Technik und Erfahrung so wichtig. Bei korrekter Durchführung ist das Komplikationsrisiko insgesamt niedrig, aber es gehört transparent in die Aufklärung.

Redaktion: Was vermitteln Sie im DeGIR-Webinar?

Prof. Das: Wir wollen die Schmerztherapie aus der Ecke einzelner „Sprit-

zenverfahren“ herausholen und als strukturiertes interventionell-radiologisches Arbeitsfeld vermitteln. Dazu gehören Anatomie, Indikationsstellung, Bildführung, Technik, Materialkunde, Komplikationsmanagement und die sinnvolle Einordnung in multimodale Behandlungskonzepte. Das Webinar deckt die theoretischen Inhalte ab, die für die neue DeGIR-Qualifikation relevant sind. Die Zertifizierung selbst setzt darüber hinaus definierte praktische und formale Voraussetzungen voraus.

Redaktion: Welche Voraussetzungen müssen Radiologinnen und Radiologen für die Zertifizierung erfüllen?

Prof. Das: Neben der Facharztanerkennung für Radiologie und der Mitgliedschaft in DRG und DeGIR gehört unter anderem eine DeGIR-Stufe-1-Zertifizierung dazu. Zentral ist außerdem der Nachweis von mindestens 100 selbstständig durchgeführten interventionell-radiologischen schmerztherapeutischen Eingriffen innerhalb der letzten 60 Monate vor Antragstellung. Die Zertifizierung macht deutlich: Entscheidend ist nicht nur theoretisches Wissen, sondern dokumentierte praktische Erfahrung.

Redaktion: Welche technischen Voraussetzungen braucht eine Praxis oder Klinik?

Prof. Das: Das hängt vom Leistungsspektrum ab. Für viele perkutane Verfahren ist eine geeignete CT- oder Durchleuchtungssteuerung ausreichend. Wer Gelenkarterienembolisationen anbietet, benötigt eine moderne Angiografie mit entsprechender Mikrokathetertechnik. Für Thermo- oder Kryoablationen kommen die jeweiligen Ablationssysteme hinzu. Mindestens ebenso wichtig wie die Geräte

sind aber standardisierte Prozesse: Patientenselektion, Aufklärung, Gerinungsmanagement, Monitoring, Notfallkonzept und dokumentierte Qualitätssicherung.

Redaktion: Was ist für die Abrechnung relevant?

Prof. Das: Hier muss man sehr differenzieren. Bei etablierten Verfahren wie der CT-gesteuerten PRT gibt es eine Abbildung im EBM, allerdings unter klar definierten Voraussetzungen. Bei neuen Verfahren wie der Gelenkarterienembolisation ist die Situation komplexer: Hier fehlt bislang eine spezifische regelhafte EBM-Abbildung für die Behandlung der Arthroschmerzen. Genau deshalb sind weitere hochwertige Studien und gesundheitsökonomische Daten wichtig, wenn wir solche Verfahren perspektivisch in die Regelversorgung bringen wollen. Medizinische Innovation und Regelvergütung laufen eben nicht immer im gleichen Tempo. Umso wichtiger sind saubere Evidenz, Registerdaten und nachvollziehbare Qualitätsstandards.

Redaktion: Welche Chancen bietet die minimal-invasive Schmerztherapie für die ambulante Versorgung?

Prof. Das: Sehr große – wenn sie qualitätsgesichert aufgebaut wird. Viele Patienten suchen heute eine Therapie zwischen „noch mehr Medikamente“ und „großer Operation“. Genau dort kann die interventionelle Radiologie eine Lücke schließen: gezielt, bildgesteuert und häufig mit kurzer Erholungszeit. Für Praxen und Kliniken entsteht daraus ein attraktives Versorgungsfeld. Entscheidend sind medizinische Indikation, Transparenz über die Evidenz und nachweisbare Expertise. Qualität ist hier das eigentliche Geschäftsmodell.

EBM 2027

OW 2027 steigt auf 13,0207 Cent – Download für Radiologen

Der Orientierungspunktwert für die Bewertung der EBM-Positionen steigt zum 01.01.2027 um 2,2 Prozent auf 13,0207 Cent (2026: 12,7404 Cent).

Die Anpassung zum 01.01.2027 bedeutet nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes ein Honorarplus in Höhe von insgesamt knapp 1,1 Mrd. Euro. Eine aktualisierte Liste mit rund 80 radiologischen Leistungen inklusive der Bewertung in Punkten sowie in Euro zum OW 2027 finden Sie online unter iww.de/s16377.

G-BA

Mammografie-Screening künftig für Frauen ab 45 Jahren

Voraussichtlich ab August 2027 können auch jüngere Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren am Mammografie-Screening teilnehmen. Bislang sind Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren von diesem Programm erfasst.

Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 15.10.2026 beschlossen. Ab August 2027 soll für die neu anspruchsberechtigten Frauen zunächst eine Übergangsregelung gelten. Diese sollen sich über die sog. Zentralen Stellen selbst für einen Untersuchungstermin in den Screening-Einheiten anmelden können. Persönliche Einladungen erhalten sie dann voraussichtlich ab Januar 2028 (Pressemitteilung des G-BA siehe iww.de/s16334).

Digitalisierung/Katastrophenschutz

„Radiologie-Bilder müssen mobiler werden!“

Was vor der Pandemie kaum jemandem bewusst war, gehört nun zur Tagesordnung: Das Gesundheitswesen muss sich auf Krisen und Katastrophen vorbereiten. Um ihnen adäquat zu begegnen, braucht es starke Krankenhäuser. Prof. Dr. med. Tobias Penzkofer ist Facharzt für Radiologie und leitender Oberarzt an der Klinik für Radiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dort leitet er die Arbeitsgruppe Quantitative Imaging Lab (QILAB). Im Interview schildert er, wie die Gesundheitsversorgung krisenfest werden kann und was die Digitalisierung damit zu tun hat.

Redaktion: Wie sollte das gesamte deutsche Gesundheitswesen vernetzt sein, um Resilienz gegen Naturkatastrophen, Terroranschläge oder den Nato-Bündnisfall zu entwickeln?

Prof. Penzkofer: Derzeit ist die medizinische Expertise auf ganz Deutschland verteilt, aber nicht ausreichend miteinander vernetzt. Es gibt zwar lokale und regionale telemedizinische und teleradiologische Netzwerke, doch fehlt die deutschlandweite Infrastruktur. Das ist nicht nur für Pandemien und Katastrophen von Nachteil, sondern betrifft die Medizin allgemein. Derzeit verschicken wir medizinische Informationen individuell, etwa bei Patienten mit seltenen Erkrankungen, für die es nur in wenigen Häusern Experten gibt. Unsere Bilder sind digital nicht so mobil, wie wir es uns wünschen würden.

Redaktion: Welche digitale Lösung könnte den individuellen Versand ersetzen?

Prof. Penzkofer: Hoffnungsträger ist die elektronische Patientenakte (ePA). Über sie ließen sich alle Informationen zur Verfügung stellen. Doch können Bilder aktuell nicht darüber transportiert werden. Zwar hantieren wir nicht mehr mit Filmen, doch sind DVDs und QR-Codes auch nicht die

optimale Lösung. Wir brauchen einen Weg, um die Daten bundesweit einfacher verfügbar zu machen, damit wir telemedizinische Leistungen skalieren können. Das muss auch regulatorisch einwandfrei sein. Da wir mit der ePA bereits eine bundesweite Struktur haben, wäre sie am besten geeignet, sofern die entsprechenden Schnittstellen vorhanden sind.

Redaktion: Welche Datenstandards wären nötig?

Prof. Penzkofer: Derzeit verwendet die Radiologie DICOM als Austauschstandard. Ergänzend dazu ist Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) das zukunftsgerichtete Format, um zusätzliche medizinische Informationen strukturiert zu übermitteln. FHIR wird auch deshalb relevant, weil wir über Deutschland hinausdenken müssen. Denn Krisen und Naturkatastrophen wie Covid 19 halten sich nicht an Grenzen. In den Grenzregionen sehen wir, wie Krankenhäuser zusammenarbeiten. Während der Pandemie wurden Patienten aus ganz Europa in Deutschland behandelt. Auch aus dieser Erfahrung heraus halte ich ein europäisches digitales Netzwerk für sinnvoll. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) schafft dafür wichtige Voraussetzungen.

Redaktion: Was kann KI zur Krisenbewältigung beitragen?

Prof. Penzkofer: Bisher arbeiten wir mit narrow AI, also mit KI, die bestimmte Krankheitsfälle erkennen und diagnostizieren kann. Im Krisenfall kann KI Ärztinnen und Ärzte daher nicht vollständig ersetzen. Auch speist sich das Wissen aus der Vergangenheit. Sich auf Krisen vorzubereiten, heißt aber, sich auf die Zukunft vorzubereiten. Wir wissen nicht, mit welcher Art von Krise wir es zu tun haben werden. Für Zukunftsszenarien sind daher Netzwerke wie das NUM (Netzwerk Universitätsmedizin) von hoher Relevanz.

Redaktion: Selbst ein Nato-Bündnisfall ist nicht mehr auszuschließen.

Prof. Penzkofer: Für derartige Herausforderungen brauchen wir eine hervorragende Infrastruktur. Das fängt beim Strom an. Denn digitale Infrastruktur funktioniert nur dann gut, wenn der Strom funktioniert. Wir müssen unsere hoch technisierte Medizin so fit machen, dass sie Krisen standhält. Dabei können wir auf Strukturen wie den Katastrophenschutz aufbauen. Diese Resilienz bedeutet allerdings auch, Dinge vorzuhalten, die möglicherweise nicht verwendet werden und die keinen Gewinn abwerfen.

Redaktion: Gibt es dazu ein Beispiel aus der Radiologie?

Prof. Penzkofer: Wenn in Krisenregionen eine autarke Bildgebung gebraucht wird, muss diese vorgehalten werden, z. B. durch CTs in Containern. Diese müssen gelagert und gewartet werden. Sich auf Krisen vorzubereiten, hat einen gesamtgesellschaftlichen Preis und wir müssen entscheiden, welche Ressourcen wir brauchen und was wir zur Verfügung stellen wollen.

Statistik/Betriebswirtschaft

BWL-Analyse der Destatis-Zahlen für Radiologiepraxen zeigt vulnerables System

Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlichte im Sommer 2026 die Finanzstatistik fachärztlicher Praxen für das Berichtsjahr 2024 (Pressemitteilung von Destatis online unter [iwwe.de/sl6337](https://www.destatis.de/DE/Home/home_node.html)). Auf den ersten Blick suggerieren die Daten ein deutliches Wachstum: Radiologie-, Nuklearmedizin- und Strahlentherapiepraxen erzielten im Schnitt 3,675 Millionen Euro Einnahmen je Praxis. Doch die tiefgehende betriebswirtschaftliche Analyse offenbart ein hochgradig vulnerables System. Das liegt vor allem am hohen Kapitalbedarf der Praxen.

von Alexandra Buba M. A.,
Wirtschaftsjournalistin,
Fuchsmühl

Aufwand steigt stärker als Ertrag

Steigende Aufwendungen in Höhe von durchschnittlich 2,388 Millionen Euro je Praxiseinheit laut Destatis sowie ein enormer Personalapparat von fast 27 Beschäftigten je Praxis verdeutlichen, dass es sich bei radiologischen Praxen um kapitalintensive High-Tech-Betriebe handelt – das hat Auswirkungen auf die Margen.

Der Kennzahlenvergleich mit dem Gesamtdurchschnitt aller Arztpraxen

macht dies deutlich. So sind die Aufwendungen der Radiologiepraxen im Jahr 2024 mit plus 13,3 Prozent stärker angestiegen als die Einnahmen (+11,5 Prozent).

Investitionsbeispiel einer durchschnittlichen Radiologiepraxis

Um die durchschnittlichen Einnahmen von rund 3,675 Millionen Euro zu erwirtschaften, muss eine radiologische Praxis im Vorfeld einen massiven Kapitaleinsatz im siebenstelligen Bereich leisten.

Kalkuliert man einen typischen Mittelstandsbetrieb, eine Einzel- oder kleine Gemeinschaftspraxis mit einem Kernspintomografen (MRT 1,5 Tesla), einem

Computertomografen (CT) und digitaler Röntgentechnik, ergibt sich folgender Kapitalbedarf:

Radiologie-spezifische medizintechnische Ausstattung:

- MRT-Anlage (1,5 Tesla, inkl. Kryostat/en/Helium): ca. 750.000 Euro
- CT-Anlage (Mehrzeilen-CT): ca. 350.000 Euro
- Röntgen- /Durchleuchtungs-arbeitsplatz: ca. 150.000 Euro

Infrastruktur & bauliche Maßnahmen:

- Faradayscher Käfig (MRT-Kabine), Strahlenschutz, Klimatechnik, Umbau: ca. 350.000 Euro
- Praxis-IT, RIS/PACS & medizintechnische Peripherie: ca. 150.000 Euro
- Kassensitz/Goodwill (je nach Region): ca. 150.000 Euro

Gesamtinvestition (Brutto-CapEx
[capital expenditure]):
1.900.000 Euro

Laufende Betriebskosten p. a.,
ausgehend von den Destatis-Durch-
schnittswerten (Aufwendungen in
Höhe von 2.388.000 Euro)

- Personalkosten (ca. 26,9 Mitarbeitende inkl. MTR, MFA, Physiker):
ca. 45 Prozent der Aufwendungen,
ca. 1.075.000 Euro

Destatis-Daten für 2024 & 2023: Betriebswirtschaftlicher Kennzahlenvergleich

Kennzahl	Arztpraxen im Gesamtdurchschnitt	Praxen der Radiologie / Nuklearmedizin / Strahlentherapie	Faktor / Delta
Durchschnittliche Einnahmen	854.000 Euro	3.675.000 Euro	ca. 4,3-fach höher
Einnahmen-Zuwachs im Vergleich zu 2023	+6,2 Prozent	+11,5 Prozent	Überproportionaler Zuwachs
Durchschnittliche Aufwendungen	516.000 Euro	2.388.000 Euro	ca. 4,6-fach höher
Aufwendungszuwachs im Vergleich zu 2023	+4,7 Prozent	+13,3 Prozent	deutlich stärker steigende Kosten
Ø tätige Personen (30.09.2024)	9,9 Personen	26,9 Personen	ca. 2,7-fach höher

- Geräte-Wartungsverträge (Full-Service-Verträge mit Herstellern): ca. 12 Prozent, ca. 285.000 Euro
- Energie, Klima, Helium-Nachfüllung & Miete: ca. 10 Prozent, ca. 240.000 Euro
- Abschreibungen (AfA auf Großgeräte über 7 bis 10 Jahre): ca. 15 Prozent, ca. 360.000 Euro
- Praxisbedarf, Kontrastmittel, Verwaltung, Versicherungen, Steuerberatung: ca. 18 Prozent, ca. 428.000 Euro

Summe Aufwendungen p. a. (OpEx [operating expenditures]):
2.388.000 Euro

Cashflow- und Renditebetrachtung

Die Einnahmen betragen im Durchschnitt nach den Daten von Destatis 3.675.000 Euro p. a. abzüglich der jährlichen Aufwendungen in Höhe von 2.388.000 Euro ergibt sich ein **Operativer Überschuss** (vor Steuern / vor den Einnahmen aus Privatliquidation): 1.287.000 Euro.

In diesen Aufwendungen schlagen die kalkulatorischen Abschreibungen und teils Kredittilgungen für die 1,9 Millionen Euro (Gesamtinvestition) erheblich durch. Nach Steuern und Kapitaldienst bleibt ein freier Cashflow, der bei veränderten Honorarbedingungen wie durch das ab dem 01.01.2027 greifende GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz vorgesehen, nicht zwangsläufig positiv.

Berechtigte Warnungen des Berufsverbands

Der Berufsverband der Deutschen Radiologie (BDR) warnt daher nicht umsonst seit Jahren vor einer wirtschaftlichen Erosion der inhabergeführten

Radiologie. Ein Abgleich seiner historischen Thesen mit der realen Wirtschaftslage im Jahr 2026 zeigt eine hohe Treffsicherheit. So warnte der BDR bereits im Jahr 2022, dass die nominal hohen Millionen-Umsätze der Radiologie renditeorientierte Investoren anlocken, die durch Skaleneffekte in größeren MVZ-Ketten versuchen werden, die Gewinnspannen weiter zu optimieren. Inzwischen hat sich die Konsolidierung hin zu investorengeführten Großstrukturen fortgesetzt und beschleunigt.

Auch die Prognose, das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz würde zu verdeckten Honorarkürzungen von bis zu 25 Prozent führen, hat sich konkretisiert. Im Herbst 2026 sieht sich die Radiologie mit der direkten Umsetzung von Absenkungen des technischen EBM-Anteils konfrontiert, und das bei gleichzeitig stark gestiegenen Energie-, Wartungs- und Tarifpersonalkosten. Die Politik hat sich wie prognostiziert nicht an der Realität der Fixkostenrechnung orientiert.

Auch die erwartete Selektion lukrativer Leistungen und die Schließung von Verlustbereichen wie der Durchleuchtung sind eingetreten. Der BDR hatte 2022 vorausgesagt, dass Investoren und unter Druck geratene Praxen sich auf hochprofitable Großgeräte konzentrieren und aufwendige, aber unterfinanzierte Basisleistungen wie Durchleuchtungen abstoßen würden, die dann an Kliniken hängen bleiben.

Die eingetretene Realität spiegelt genau dies wider: Krankenhäuser klagen über eine Überlastung der Notaufnahmen und Spezialambulanzen, da niedergelassene Kapazitäten für Kassenpatienten rationiert und unrentable Spezialuntersuchungen aus dem ambulanten Portfolio gestrichen werden.

Quo vadis, betriebswirtschaftliche Zukunft?

Die Destatis-Zahlen für 2024 dokumentieren vor diesen Hintergründen betrachtet also kein „strahlendes Rekordergebnis“, sondern verweisen stattdessen eher auf das Erreichen einer kritischen Belastungsgrenze. Denn die Kombination aus 1,9 Millionen Euro Initialinvestition, 13,3 Prozent Kostensteigerung und politisch forcierten Honorardeckelungen (GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz) bringt inhabergeführte High-Tech-Radiologiepraxen wirtschaftlich erheblich unter Druck.

Weitere Strukturdaten begleiten und untermauern diese Entwicklungen. Laut BÄK-Daten sind niedergelassene, freiberufliche Radiologen im Durchschnitt deutlich älter als ihre Kollegen im Krankenhaus. Rund 75 Prozent der niedergelassenen Radiologen sind über 50 Jahre alt, rund 35 Prozent über 60 Jahre.

Die BÄK und ergänzende KBV-Daten zeigen einen Trend weg von der klassischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis hin zum Angestelltenverhältnis. Von rund 4.600 Radiologen im vertragsärztlichen System ist ein beachtlicher Teil fest angestellt – vor allem in MVZ. Jedes MVZ mit radiologischem Schwerpunkt beschäftigt im Schnitt knapp fünf Radiologen.

GKV-Belastung und hoher Zukunftsinvestitionsbedarf

Obwohl niedergelassene Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner nur knapp drei Prozent aller Vertragsärzte ausmachen, verantworten sie einen substanziellen Anteil der ärztlichen GKV-Gesamtvergütung (historisch über 6,9 Prozent). Dies macht das Fach besonders anfällig für politische Budgetsperren, da Einspa-

rungen hier überproportional ins Gewicht fallen.

Hinzu kommt, dass künstliche Intelligenz (KI) und Computer-Aided Diagnosis (CAD) zwar helfen werden, die Bilderflut bei Routinediagnosen schneller zu bewältigen und Befundungszeiten zu verkürzen. Die Implementierung der erforderlichen Tools und die dafür nötige sichere Daten-Infrastruktur erfordern jedoch massive Investitionen. Kleinere Praxen können diesen Anschluss oft nicht halten, was den Konzentrationsprozess zugunsten größerer Praxisstrukturen und Ketten-MVZ stützt.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Destatis legt Finanzstatistik 2024 für Arztpraxen vor“, in RWF Nr. 10/2026
- „GOÄ-Reform würde der Radiologie erhebliche Erlösminderungen bescheren“, in RWF Nr. 7/2026
- „Radiologie-Reinerträge haben 2023 zugelegt“, in RWF Nr. 3/2026

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
 Tel: 0931 41830-70, Fax: 0931 41830-80
 E-Mail: iww-wuerzburg@iww.de

Niederlassung Nordkirchen

Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
 Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns
 (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
 Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Private Altersvorsorge

Das Altersvorsorgedepot: eine neue Vorsorgechance für alle Radiologen

Ab 2027 können Radiologinnen und Radiologen über das neue Altersvorsorgedepot von einer staatlich geförderten privaten Altersvorsorge profitieren – ähnlich wie beim bisherigen „Riester“. Doch wie hoch fällt die staatliche Förderung aus, welche Steuervorteile winken und wie wird das angesparte Vermögen besteuert?

Altersvorsorge neu gedacht: das Altersvorsorgedepot

Zum 01.01.2027 löst das Altersvorsorgedepot die Riester-Rente für Neuträger ab. Das Depot dient der freiwilligen privaten Altersabsicherung und soll deutlich höhere Renditen als die bisherige Riester-Rente erzielen. Denn das Vermögen wird über Fonds und ETFs auf dem Kapitalmarkt investiert und unterliegt Wertschwankungen. Radiologen, die ihre Anlageentscheidungen nicht selbst treffen möchten, können ein Standarddepot nutzen. Das soll eine möglichst einfache Form der kapitalmarktorientierten Altersvorsorge ermöglichen und zugleich werden hier die Effektivkosten auf 1,0 Prozent pro Jahr begrenzt.

Praxistipp

Die Riester-Rente verschwindet nicht vollständig. Für vor 2027 abgeschlossene Verträge gilt Bestandsschutz und diese Verträge können weitergeführt werden.

Radiologen profitieren von staatlicher Förderung

Das Altersvorsorgedepot ist keine gewöhnliche Wertpapieranlage. Das liegt daran, dass die Einzahlungen staatlich gefördert werden und sich deshalb das Vermögen nicht frei entnehmen lässt. Von diesen Förderungen

von Dipl.-Finanzwirt
 Marvin Gummels, Hage

profitieren neben Arbeitnehmern auch Selbstständige, Freiberufler und Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke. Damit gehören auch Radiologen zum Kreis der Begünstigten. Voraussetzung für die unmittelbare Förderberechtigung ist aber, dass jährlich mindestens 120 Euro in den Vertrag eingezahlt werden.

1. Fördersäule: Grundzulage

Für die ersten 360 Euro, die förderberechtigte Radiologen pro Jahr in ihr Altersvorsorgedepot einzahlen, wird eine staatliche Grundzulage von 50 Prozent der Einzahlung gewährt. Doch dabei bleibt es nicht. Für 360 Euro übersteigende Einzahlungen bis zum Höchstbetrag von jährlich 1.800 Euro gibt es eine weitere staatliche Zulage von 25 Prozent der 360 Euro übersteigenden Einzahlung. Damit können Radiologen eine maximale Grundzulage von jährlich 540 Euro erhalten.

2. Fördersäule: Kinderzulage

Für jedes steuerlich berücksichtigungsfähige Kind erhalten Radiologen zudem eine Kinderzulage in Höhe von 100 Prozent der Einzahlung, höchstens aber 300 Euro pro Kind und Jahr. Haben beide Elternteile Anspruch auf die Kinderzulage, dann wird die Zulage nicht beiden, sondern nur einem Elternteil gewährt.

Beispiel für Fördersäule 1 und 2:

Radiologe R hat zwei kindergeldberechtigten Kinder und zahlt jährlich 1.800 Euro in sein Altersvorsorgedepot ein.

Lösung: Für die ersten 360 Euro erhält R eine Grundzulage von 180 Euro (50 Prozent). Die verbleibenden 1.440 Euro werden mit 25 Prozent gefördert, sodass weitere 360 Euro Zulagen hinzukommen. Zusätzlich erhält R für jedes seiner beiden Kinder eine Kinderzulage über 300 Euro. Insgesamt fließen damit pro Jahr neben den 1.800 Euro Eigenbeitrag 1.140 Euro staatliche Zulagen in das Depot.

3. Fördersäule: Steuerentlastung

Wie bei der Riester-Rente lassen sich die geleisteten Einzahlungen zusammen mit den staatlichen Zulagen als Sonderausgabe von der Steuer absetzen. Für den Sonderausgabenabzug gilt ebenfalls ein jährlicher Höchstbetrag von 1.800 Euro, welcher sich aber um den Anspruch auf staatliche Zulagen erhöht.

Eine doppelte Förderung – Zulagen plus Steuerentlastung – gibt es allerdings nicht. Deshalb führt das Finanzamt beim Sonderausgabenabzug eine Günstigerprüfung durch und prüft, ob der Sonderausgabenabzug zu einer höheren Steuerentlastung führt als die dem Radiologen zustehenden Zulagen. Nur wenn das der Fall ist, gewährt das Finanzamt den Sonderausgabenabzug und die Steuerbelastung reduziert sich. Parallel erhöht das Finanzamt jedoch die Steuer um den Zulagenanspruch, sodass als effektiver Vorteil nur die Differenz zwischen steuerlicher Entlastung und Höhe des Zulagenanspruchs verbleibt.

Beispiel für Fördersäule 3: Radiologe S hat keine Kinder und zahlt jähr-

lich 1.800 Euro in sein Altersvorsorgedepot ein. Dafür steht ihm die maximale Grundzulage von 540 Euro zu. Sein Grenzsteuersatz beträgt 42 Prozent.

Lösung: Das Finanzamt gewährt S einen Sonderausgabenabzug über 2.340 Euro (1.800 Euro Eigenbeitrag + 540 Euro Zulage). Bei einem Grenzsteuersatz von 42 Prozent ergibt sich daraus eine Steuerentlastung von 982,80 Euro. Weil S aber einen Anspruch auf 540 Euro Zulagen hat, wird das Finanzamt die Steuer um diesen Betrag erhöhen. Final ergibt sich deshalb ein Steuervorteil von 442,80 Euro (982,80 ./. 540,00 Euro). Dieser Betrag wird – anders als der geleistete Eigenbeitrag und die Zulage – nicht dem Depot gutgeschrieben, sondern direkt an S ausbezahlt.

Zwei Wege für die spätere Depotauszahlung

Im Rentenalter soll das angesammelte Kapital ausgezahlt werden und hier bietet das Altersvorsorgedepot große Flexibilität. Denn Radiologinnen und Radiologen können zwischen einer lebenslangen Leibrente und einem Auszahlungsplan wählen. Der Auszahlungsplan muss dabei mindestens bis zur Vollendung des 85. Lebensjahres reichen und lässt sich vererben. Zusätzlich können sich Radiologen zu Beginn der Auszahlungsphase bis zu 30 Prozent des Kapitals als Einmalbetrag auszahlen lassen und es sind bereits während der Ansparphase Entnahmen als Altersvorsorge-Eigenheimbetrag im Sinne des § 92a Einkommensteuergesetz (EStG) zulässig (ehemals „Wohn-Riester“).

Nachgelagerte Besteuerung: im Alter wird abgerechnet

Zwar bleiben die Depotträge während der Ansparphase steuerfrei, sodass auch keine Kapitalertragsteuer

anfällt. Steuerlich abgerechnet wird dafür in der Auszahlungsphase. Denn soweit die Auszahlungen auf geförderten Beiträgen und Zulagen beruhen, unterliegen sie in voller Höhe der Besteuerung (§ 22 Nr. 5 EStG).

Beispiel: Radiologe T hat insgesamt 100.000 Euro an geförderten Beiträgen und Zulagen in sein Altersvorsorgedepot eingezahlt. Durch die Wertentwicklung ist das Depot zu Beginn der Auszahlungsphase auf 180.000 Euro angewachsen. Davon lässt sich T einmalig 54.000 Euro auszahlen (30 Prozent) und für das restliche Kapital entscheidet er sich für eine lebenslange Rente.

Lösung: Sowohl die Einmalzahlung als auch die Rente unterliegen in voller Höhe bei T der Einkommensteuer zu seinem persönlichen Grenzsteuersatz.

Fazit

Das Altersvorsorgedepot eröffnet Radiologen ab 2027 den Zugang zu einer neuen staatlich geförderten privaten Altersvorsorge. Besonders interessant ist die Kombination aus Zulagen, Sonderausgabenabzug und der Möglichkeit einer kapitalmarktorientierten Anlage. Dem stehen allerdings Wertschwankungen und die nachgelagerte Besteuerung gegenüber. Für Radiologen lohnt sich daher ein genauer Blick auf Förderhöhe, Anlagehorizont und steuerliche Auswirkungen, bevor über den individuellen Vertragsabschluss nachgedacht wird.