

# Berücksichtigung des „Arztlohnes“ bei der Anpassung des Orientierungswertes

*Gutachten für den GKV-Spitzenverband*

Berlin, August 2016

**DIW Econ GmbH**

Mohrenstraße 58

10117 Berlin

Kontakt:

Dr. Ferdinand Pavel

Tel. +49.30.20 60 972 - 0

Fax +49.30.20 60 972 - 99

[fpavel@diw-econ.de](mailto:fpavel@diw-econ.de)

[www.diw-econ.de](http://www.diw-econ.de)

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	v
Tabellenverzeichnis.....	v
Kurzfassung .....	1
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Lohnfindung in Theorie und Praxis .....</b>	<b>4</b>
2.1 Lohnfindung in der Theorie .....	4
2.1.1 Entlohnung zu Grenzproduktivität - Ergebnis des neoklassischen Arbeitsmarktmodells .....	4
2.1.2 Alternative Modelle.....	5
2.1.3 Opportunitätskosten: Soll der Arztlohn an die Tarifabschlüsse der Krankenhäuser gekoppelt sein?.....	6
2.2 Lohnfindung in der Praxis .....	8
2.2.1 Fallbeispiel 1: Tarifverhandlungen in der Metall- und Elektroindustrie.....	8
2.2.2 Fallbeispiel 2: Tarifverhandlungen der Piloten bei Lufthansa .....	11
2.2.3 Fallbeispiel 3: Tarifverhandlungen der Ärzte in kommunalen Krankenhäusern ....	13
2.2.4 Fallbeispiel 4: Festlegung der Notargebühren .....	16
2.3 Erkenntnisse.....	18
<b>3. Die ärztliche Vergütung im Kontext des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Verhandlungsrahmen zur Anpassung des Orientierungswertes .....</b>	<b>24</b>
4.1 Determinanten des Verteilungsspielraums .....	24
4.1.1 Extrem 1: Maximale Entlastung der Versicherten.....	28
4.1.2 Extrem 2: Maximale Steigerung der Reinerträge .....	30
4.2 Diskussion relevanter empirischer Indikatoren.....	31
4.2.1 Indikatoren zur Finanzierungsgrundlage.....	31
4.2.2 Indikatoren zu Kosten- und Produktivitätsentwicklung .....	35
4.3 Zahlenbeispiel für den Verhandlungsrahmen .....	39
<b>5. Fazit und Zusammenfassung .....</b>	<b>41</b>
Literaturverzeichnis.....	44

---

Anhang	45
1	Modell..... 46
2	Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel, die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit anzupassen..... 47
3	Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel konstanter Vergütung der Arbeitszeit (Untergrenze) ..... 49
4	Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel größtmöglicher Steigerung der Reinerträge (Obergrenze) ..... 50

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Schematische Darstellung des Verteilungsspielraums .....	27
Abbildung 4-2: Bruttoinlandsprodukt (Index 1991 = 1) .....	32
Abbildung 4-3: Grundlohnsumme (Index 2000 = 1) .....	34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 4-1: Bruttoinlandsprodukt (Veränderungsraten, nominal / real) .....	32
Tabelle 4-2: Grundlohnsumme (Veränderungsraten, nominal / real) .....	34
Tabelle 4-3: Inflationsrate.....	35
Tabelle 4-4: Kosten- und Produktivitätsentwicklung (TL-Stückkosten).....	37
Tabelle 4-5: Produktivitätsentwicklung (AL-Aufwand).....	38
Tabelle 4-6: Zahlenbeispiel für den Verteilungsspielraum .....	39
Tabelle 5-1: Determinanten des Verteilungsspielraums und Indikatoren .....	41

## Kurzfassung

Der Orientierungswert beeinflusst wesentlich den Reinertrag niedergelassener Ärzte (den Arztlohn), sowie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen und ihrer Mitglieder. Die vorliegende Studie geht der Frage nach, woran sich die Anpassung des Orientierungswertes und damit die Anpassung der ärztlichen Vergütung orientieren können.

- Die wirtschaftswissenschaftliche Theorie liefert Erklärungsansätze, wie Löhne unter bestimmten Bedingungen entstehen. Die normative Aussagekraft der Theorien ist aber eingeschränkt.
- Auch ein Blick in die Praxis macht deutlich, dass keine Blaupause für die Bestimmung der Lohnentwicklung bei den niedergelassenen Ärzten existiert.

Der Blick auf Theorie und Praxis in anderen Wirtschaftsbereichen liefert somit keine normativen Vorgaben, nach denen der Reinertrag beziehungsweise der Arztlohn festgelegt werden sollte. Allerdings ist allen untersuchten Praxisbeispielen gemein, dass der verfügbare Verteilungsspielraum auch den Rahmen vorgibt, in dem Verhandlungslösungen gefunden werden können.

Bei den turnusmäßigen Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes werden die Fragen nach dem Niveau des Orientierungswertes und der ärztlichen Vergütung nicht von Grund auf neu bewertet. Vielmehr geht es um die Frage, ob sich seit der letztmaligen Festlegung Änderungen bei den Rahmenbedingungen ergeben haben, die eine Anpassung des Orientierungswertes erforderlich machen beziehungsweise ermöglichen. Unter der Prämisse, dass die Finanzierung des Systems nicht nachhaltig gefährdet werden soll, können somit auch die Verhandlungen zum Orientierungswert nur im Rahmen des tatsächlich verfügbaren Verteilungsspielraums erfolgen. Dieser resultiert einerseits aus Änderungen der Einnahmesituation der Krankenkassen (Finanzierungsgrundlage), andererseits aus der Entwicklung der Kosten vertragsärztlicher Versorgung. Die tatsächliche Kostenentwicklung wiederum resultiert aus der Entwicklung der Inputpreise sowie der Produktivität der Arztpraxen. Darüber hinaus sind die folgenden Zusammenhänge zu beachten:

- Auch bei konstanter Leistungsmenge und konstantem Orientierungswert steigen die Reinerträge, wenn Produktivitätsverbesserungen etwaige Preissteigerungen bei den Inputs überkompensieren.

- Überwiegen die Preissteigerungen der Inputs die Produktivitätsverbesserungen, so sinken bei gleichbleibendem Orientierungswert die Reinerträge.
- Die Veränderung der Finanzierungsgrundlage limitiert grundsätzlich den Verteilungsspielraum.
- Sollte der Verteilungsspielraum negativ sein, weil Kostensteigerungen etwaige Verbesserungen bei der Finanzierungsgrundlage überkompensieren, sind grundlegende Strukturveränderungen notwendig. In diesem Fall müssen Ärzte und/oder Versicherte Einschnitte gegenüber der Vorperiode in Kauf nehmen.

Als Ausgangspunkt für die detaillierte quantitative Abschätzung des Verteilungsspielraums werden relevante statistische Indikatoren diskutiert, die den Verteilungsspielraum bestimmen.

Schließlich kann der so bestimmte Verteilungsspielraum im Rahmen von Verhandlungen zwischen Versicherten und Ärzten aufgeteilt werden. Dazu ist der Orientierungswert so anzupassen, dass sich die Reinerträge der Ärzte zwischen den beiden folgenden Extremen bewegen:

- Extrem 1: Reinerträge der Ärzte bleiben konstant (der gesamte Verteilungsspielraum kommt den Versicherten zugute).
- Extrem 2: Größtmögliche Steigerung der Reinerträge (der gesamte Verteilungsspielraum geht den Ärzten zu).

Insgesamt ergibt sich so ein Rahmen, innerhalb dessen die Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes durchgeführt werden können. Die wesentlichen Einflussfaktoren sind dabei ökonomisch fundiert definiert und hinsichtlich ihrer Wirkungsrichtung festgelegt. Die Festlegung des Reinertrags (beziehungsweise des Arztlohnes) bleibt aber Verhandlungssache.

## 1. Einleitung

Der Orientierungswert ist eine zentrale Stellschraube des ärztlichen Vergütungssystems. Er beeinflusst wesentlich den Reinertrag niedergelassener Ärzte einerseits und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen und ihrer Mitglieder andererseits. Entsprechend kontrovers wird jährlich über Anpassungen des Orientierungswertes verhandelt. Die Debatte hat zwei Dimensionen. Zum einen werden verteilungspolitische Fragen aufgeworfen: Welche Vergütungshöhe ist angemessen? Welche Kosten sind den Versicherten zuzumuten? Zum anderen stellt sich die Frage, wie sich die Vergütung auf die Anreizstrukturen und damit auf die Entwicklung des Gesundheitssektors insgesamt auswirkt. Die beiden Dimensionen werden in der Kontroverse mitunter vermischt oder nur unzureichend differenziert. Hinzu kommt: Der Gesundheitssektor ist kein typischer freier Markt, sondern von Mengen-, Preis- und Qualitätsregulierung geprägt. Bekannte ökonomische Grundsätze und Faustregeln gelten daher nicht notwendigerweise auch auf Gesundheitsmärkten. Ökonomische Allgemeinplätze, Pauschalierungen und unreflektierte Verwendung von allgemein-ökonomischen Forschungsergebnissen sind daher nicht sachgerecht. Vielmehr gilt es, Argumente präzise zu formulieren und in den konkreten Zusammenhang der Vergütungsverhandlung zu stellen.

Vor diesem Hintergrund wird in dieser Studie ein Rahmen zur jährlichen Anpassung des Reinertrags („Arztlohnes“) freiberuflich tätiger Ärzte skizziert. Dazu wird zunächst auf Grundlage theoretischer Überlegungen und empirischer Beobachtungen untersucht, welche einzel- oder gesamtwirtschaftlichen Ziele bei Lohn- und Tarifverhandlungen in ausgewählten Sektoren verfolgt werden und inwiefern eine Übertragung auf die Vergütung niedergelassener Ärzte möglich ist (Abschnitt 2). Es wird deutlich, dass Lohnentwicklungen im Rahmen komplexer Verhandlungsprozesse ermittelt werden, wobei sich der Rahmen, innerhalb dessen Verhandlungslösungen gefunden werden, aus dem jeweils vorhandenen Verteilungsspielraum ergibt. Sodann wird beschrieben, wie sich die ärztliche Vergütung aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab heraus ergibt, wie eine mechanische Fortschreibung in diesem Kontext aufgesetzt werden müsste und welche Einflussfaktoren die ärztliche Vergütung in der Praxis tatsächlich beeinflussen (Abschnitt 3). Im vierten Abschnitt wird schließlich skizziert, aus welchen Rahmenbedingungen beziehungsweise Änderungen derselben der Verteilungsspielraum für die jährlichen Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes resultiert und wie er ermittelt werden kann. Dazu wird eine Ober- sowie eine Untergrenze des Verteilungsspielraums beschrieben (Abschnitt 4.1) und relevante empirische Indikatoren diskutiert (Abschnitt 4.2).



## 2. Lohnfindung in Theorie und Praxis

### 2.1 Lohnfindung in der Theorie

Häufig wird sich in Lohnverhandlungen auf die ökonomische Theorie berufen. Stillfried und Czihal (2014) etwa beziehen sich auf die aus der Literatur bekannte "Baumolsche Kostenkrankheit", um Kosten- und Lohnsteigerungen bei der medizinischen Versorgung zu begründen. Tatsächlich kann die ökonomische Theorie bei der Einordnung verschiedener Mechanismen zur Lohnfestsetzung helfen.<sup>1</sup> Für eine stringente Argumentation ist allerdings zu beachten, dass ökonomische Modelle des Arbeitsmarkts in der Regel ökonomische Vorgänge und Verhaltensweisen deskriptiv beschreiben, nicht jedoch über normative Aussagekraft verfügen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass den einzelnen Modellen mehr oder weniger restriktive Annahmen zugrunde liegen, die in der Realität nicht zutreffend sein müssen.<sup>2</sup>

#### 2.1.1 Entlohnung zu Grenzproduktivität - Ergebnis des neoklassischen Arbeitsmarktmodells

Die ökonomische Theorie stützt sich bei der Beschreibung von wirtschaftlichem Handeln vor allem auf das neoklassische Modell. Dieses basiert auf einer mikroökonomischen Betrachtung von Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage. Dazu wird unter der Prämisse der Nutzen- und Gewinnmaximierung ein Gleichgewicht bestimmt, welchem ein bestimmter, markträumender Lohn zugeordnet werden kann. Auf Seite der Arbeitnehmer bestimmt sich das Arbeitsangebot durch das Abwägen des Nutzens aus Lohn und Freizeit. Das bedeutet, dass das Arbeitsangebot solange steigt, bis der Nutzengewinn durch das Einkommen dem Nutzenverlust durch weniger Freizeit gleicht (bei Ausweitung der Arbeit um eine marginale Einheit). Auf der anderen Seite bestimmt sich die Arbeitsnachfrage über den Grenzgewinn (Grenzproduktivität), den ein Unternehmen erwirtschaften kann, in dem es eine Arbeitskraft mehr einstellt beziehungsweise die Arbeitszeit marginal erhöht, und den Lohn. Die Arbeitsnachfrage steigt solange, bis der Lohn der Grenzproduktivität entspricht. Der nominale Lohn

---

<sup>1</sup> Ein Standardwerk zur Arbeitsmarktökonomik hat Franz (2013) verfasst.

<sup>2</sup> Das heißt nicht, dass es keine Konzepte gibt, die eine normative Interpretation zulassen beziehungsweise dafür konzipiert wurden. Ein Beispiel bildet das Lösungs-Konzept des Shapley-Werts aus der kooperativen Spieltheorie, das angibt, welche Auszahlungen Akteure in einer bestimmten Koalition erhalten sollten.

hängt dabei vom allgemeinen Preisniveau ab. Steigen inflationsbedingt die Preise der von den Unternehmen produzierten Güter, so folgt theoriegemäß ein Anstieg der Nominallohne.

Die Gültigkeit dieser Modellwelt setzt eine Reihe von Annahmen voraus: Rationale Individuen, vollkommene Märkte, homogene Arbeit, keine Lohnrigidität und perfekte Informationen. Ein Arbeitsmarkt, der diesen Kriterien genügt, wird im Gleichgewicht eine Entlohnung der Produktionsfaktoren zu ihrem Wertgrenzprodukt aufweisen. Die Entlohnung ist damit Ergebnis eines Marktes ohne Marktmacht und nicht dessen Ziel. Einen normativen Anspruch im Sinne von „die Entlohnung muss zum Wertgrenzprodukt erfolgen“ hat das Modell nicht. Als Argument für die Begründung von Löhnen ist diese Erkenntnis nicht per se geeignet.

Im Falle der Arztentlohnung ist eine Entlohnung zum Wertgrenzprodukt auch nicht zu erwarten, da die oben beschriebenen Annahmen weitgehend nicht erfüllt sind. Ansonsten bestände auch kein Verhandlungsspielraum.

### 2.1.2 Alternative Modelle

Dass das neoklassische Arbeitsmarktmodell ein friktionsloses Wirtschaftssystem beschreibt, das in der Realität selten zu beobachten ist, hat dazu geführt, dass eine Reihe alternativer Modelle erarbeitet wurden. Diese versuchen die strikten Annahmen zu perfekten Märkten und rationalen Individuen zu lockern, um den Erklärungsgehalt mit Blick auf reale Phänomene zu erhöhen. Eine Auswahl prominenter Beispiele wird hier kurz skizziert.

- *Insider-Outsider-Modell:* Ausgangspunkt dieses Modells ist die Unterscheidung zweier Beschäftigtengruppen: Personen, die (bereits) im Unternehmen beschäftigt sind (Insider) und Personen, die (noch) nicht im Unternehmen beschäftigt sind (Outsider). Aufgrund signifikanter Fluktuationskosten, die Einstellungs- und Einarbeitungskosten sowie möglicherweise Entlassungskosten beinhalten, können Unternehmen Insider nur zu Zusatzkosten durch Outsider ersetzen. Dadurch kommt den Insidern eine höhere Verhandlungsmacht zu, die sie einsetzen können, um höhere Löhne zu erzielen.

- *Effizienzlohntheorie:* Im Rahmen der Effizienzlohntheorie wird der Lohn als Instrument der Anreizgestaltung betrachtet. Da Arbeitnehmer die Qualität ihrer Arbeit variieren können, soll durch die Zahlung höherer Löhne die Qualität der Arbeit positiv beeinflusst werden.
- *Kontrakttheorie:* Die Kontrakttheorie besagt, dass Arbeitsverträge bewusst so gestaltet werden, dass sich die Löhne über längere Frist nicht an Produktivitätsfortschritte beziehungsweise -rückschritte anpassen. Auf diese Weise kann das Risiko von Einkommens- beziehungsweise Auszahlungsschwankungen von Arbeitnehmern beziehungsweise Arbeitgebern reduziert werden.

### 2.1.3 **Opportunitätskosten: Soll der Arztlohn an die Tarifabschlüsse der Krankenhäuser gekoppelt sein?**

In der Diskussion um die Entlohnung der Ärzte wird häufig auf die sogenannten Opportunitätskosten verwiesen, die gedeckt werden müssten. Diese entsprechen den Einnahmen, auf die niedergelassene Ärzte durch die Wahl ihrer Tätigkeit verzichten (vgl. Stillfried und Czihal 2014). Konkret steht die Forderung im Raum, den Arztlohn an die Tarifabschlüsse der Krankenhäuser zu koppeln. Als Begründung sind zwei unterschiedliche Argumente möglich.

- **Argument 1:** Wenn die ambulante Tätigkeit schlechter bezahlt ist als die klinische, dann werde ambulante Tätigkeit unattraktiv und es werde zu wenige Praxen und zu viele klinisch tätige Ärzte geben, was ein Versorgungsziel gefährden könne. Das Opportunitätskostenprinzip müsse daher aus Gründen der allokativen Effizienz angewendet werden.
- **Argument 2:** Wenn die ambulante Tätigkeit schlechter bezahlt ist als die klinische, obwohl die Tätigkeit vergleichbar sei, dann sei dies nicht fair. Daher sei es geboten, die Vergütung anzugleichen. Das Opportunitätskostenprinzip müsse daher aus normativen Gründen angewendet werden.

Es stellt sich die Frage, ob diese Argumente stichhaltig sind. In der Diskussion werden die beiden Argumente mitunter vermengt, tatsächlich schließen sie sich aber gegenseitig aus, wie weiter unten gezeigt wird.

Argument 1 ist dann überzeugend, wenn das ärztliche Arbeitsangebot sehr stark auf Vergütungsänderungen reagiert. Dies scheint fragwürdig. Denn der Vergleich zwischen ambulanter und klinischer Entlohnung ist nur einer von diversen Faktoren, welche die Entscheidung einzelner Ärzte beeinflussen, sich niederzulassen oder aber als Angestellter zu arbeiten. Andere Faktoren sind unter anderem Arbeitszeit, Dienstverpflichtungen, Selbstbestimmung, Risikolevel oder medizinischer Alltag. Hinzu

kommt, dass beim Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Tätigkeit Transaktionskosten entstehen können, so dass Ärzte selbst dann nicht die Position wechseln, wenn sie sich davon leichte Vorteile, etwa in Form besserer Vergütung, versprechen, diese Vorteile aber die Wechselkosten nicht aufwiegen. Da außerdem nicht die Einzelperson, sondern der gesamte Markt entscheidend ist, gilt: Nur wenn sich aus Sicht *aller* Ärzte die Alternativen Klinik und Niederlassung in allen nicht-monetären Aspekten die Waage halten und etwaige Wechselkosten vernachlässigbar sind, wird die Vergütung zum alleinigen Faktor. In diesem Fall gilt Argument 1, weil es den Ärzten leicht fällt ihre Stellung zu wechseln, wenn es Veränderungen bei Vergütungen im klinischen und ambulanten Bereich gibt. Unter diesen Bedingungen würde eine Missachtung des Opportunitätskostenprinzips, etwa in Form geringerer ambulanter Vergütung, zu einer Ungleichverteilung des Arbeitsangebots führen. Daraus folgt jedoch nicht, dass die ambulante Vergütung angehoben werden muss - genauso gut könnte die klinische Entlohnung reduziert werden: Das Opportunitätskostenprinzip gilt in beide Richtungen. Gleichzeitig ist Argument 2 unter diesen Bedingungen nicht stichhaltig: Wenn Ärzten der Jobwechsel leicht fällt, steht es jedem/r Einzelnen frei, die Position zu wechseln, wenn er oder sie sich unfair vergütet fühlt. Es gibt dann keinen normativen Grund für eine automatische Kopplung von klinischer und ambulanter Vergütung.

Normative Kraft hat Argument 2 hingegen dann, wenn der Wechsel zwischen Klinik und Praxis schwer fällt, also hohe Restriktionen oder Wechselkosten bestehen (siehe oben). Ärzte haben dann keine oder nur bedingt eine Wahlmöglichkeit, auf Änderungen bei der relativen Vergütung zu reagieren („Lock-in Effekt“). In diesem Fall scheint es in der Tat unfair, Klinikärzte und Praxisärzte zu diskriminieren, wobei auch daraus nicht folgt, dass Niveau und Entwicklung der Vergütung identisch sein müssen, weil – wie oben ausgeführt – die Tätigkeiten zwar ähnlich, nicht aber identisch sind. Wichtig ist auch zu verdeutlichen, dass unter den genannten Bedingungen das Argument 1 nicht gültig ist, eben weil ein massenhafter Wechsel zwischen den Positionen aufgrund von Vergütungsanpassungen nicht zu erwarten ist. Daher gibt es in diesem Fall keine zwingenden effizienz-ökonomischen Gründe, das Opportunitätskostenprinzip anzuwenden; die Argumente sind stattdessen normativer Natur.

Mit Blick auf die Ausgangsfrage – Soll der Arztlohn an die Tarifabschlüsse der Krankenhäuser gekoppelt sein? – lässt sich somit festhalten:

- Wenn kleine Verschiebungen bei der relativen Vergütung zu einem massenhaften Wechsel von der Praxis in die Klinik führen würden, sollte aus allokativen Erwägungen mit Blick auf Versorgungsziele das Opportunitätsprinzip zur Anwendung kommen. Solange aber eine hohe Nachfrage

nach Kassenzulassungen besteht, also eine ausreichende Zahl an Ärzten eine Niederlassung gegenüber einer Anstellung in Kliniken präferiert, gibt es aus effizienz-ökonomischer Sicht keinen Grund für eine automatische Kopplung von Arztlohn und Tarifabschlüssen.

- Wenn Lock-In Effekte einen Wechsel zwischen Praxis und Klinik schwierig gestalten, könnte das Opportunitätskostenprinzip aus normativen Gründen zur Anwendung kommen. Bei der normativen Diskussion müssen jedoch alle Betroffenen berücksichtigt werden. Insbesondere müssen etwaige Steigerungen bei der ambulanten Vergütung von den Beitragszahlern übernommen werden. Es geht also nicht nur um die Frage, ob die ambulante Vergütung fair gegenüber der klinischen Vergütung ist, sondern auch darum, ob sie fair gegenüber den Beitragszahlern ist. Abschnitt 4 diskutiert, welcher Verteilungsspielraum bei dieser Abwägung besteht.

## 2.2 Lohnfindung in der Praxis

In der Realität werden Löhne und deren Entwicklung üblicherweise in Gehaltsverhandlungen ausgehandelt. Dies geschieht sowohl auf individueller, als auch kollektiver Ebene. Dabei werden von den Verhandlungsparteien unterschiedliche Gründe angeführt. Im folgenden Abschnitt werden in vier verschiedenen Fallbeispielen deren spezifische Rahmenbedingungen, Argumentationslinien und Verhandlungsergebnisse präsentiert.

### 2.2.1 Fallbeispiel 1: Tarifverhandlungen in der Metall- und Elektroindustrie

Arbeitnehmerseite: IG Metall  
Arbeitgeberseite: Gesamt Metall  
Zeitraum: Mai 2016

#### *Ausgangslage*

Die Tarifverhandlungen in der Metall- und Elektroindustrie werden zunächst auf regionaler Ebene in einem sogenannten „Pilotbezirk“ geführt (im Jahr 2016: Tarifbezirk Nordrhein-Westfalen). Dessen Abschluss wird mit leichten regionalen Anpassungen auch in den anderen Tarifgebieten Deutschlands übernommen. Die Forderungen der beiden regionalen Tarifparteien orientieren dabei an den Forderungsempfehlungen der IG Metall Deutschland beziehungsweise des Arbeitgeberverbandes Gesamtmetall. Die Verhandlungen werden sowohl zu quantitativen Themen wie Entgelterhöhungen,

Einmalzahlungen und Laufzeiten als auch zu qualitativen Themen wie beispielsweise die Beschäftigungssicherung geführt.<sup>3</sup> Für die Tarifrunde 2016 forderte die IG Metall eine Lohnerhöhung in Höhe von 5 Prozent bei einer Laufzeit von einem Jahr.<sup>4</sup> Daraufhin bot der Arbeitgeberverband für eine Laufzeit von zwei Jahren eine Entgelterhöhung von 2,1 Prozent in zwei Stufen sowie eine Einmalzahlung von 0,3 Prozent.

#### *Argumente der Arbeitnehmerseite*

Die Vertreterinnen und Vertreter der IG Metall argumentieren, dass die Beschäftigten neben dem Ausgleich für die Inflation und einer Beteiligung am Produktivitätsfortschritt auch einen „fairen Anteil am wirtschaftlichen Erfolg erhalten“ müssten.<sup>5</sup> Dafür bemessen sie den Inflationsausgleich am Inflationsziel der Europäischen Zentralbank von zwei Prozent und die Produktivitätsfortschritte an der mittelfristigen gesamtwirtschaftlichen Trendproduktivität von etwa 1,1 Prozent. Zuzüglich einer Umverteilungskomponente, die in Höhe von 1,9 Prozent veranschlagt wird, ergibt sich die gesamte Lohnforderung von fünf Prozent. Die Gewerkschaft argumentiert, dass die Unternehmen der Metall- und Elektroindustrie sich höhere Löhne leisten könnten, da sie gut ausgelastet seien und hohe Renditen erwirtschaften würden. Das Umfeld für die Exportindustrie bleibe günstig und die Unternehmen der Metall- und Elektroindustrie könnten nach eigenen Angaben mit einer stabilen Entwicklung des Produktionsvolumens rechnen. Zuletzt sei auch im Jahr 2016 ein gesamtwirtschaftliches Wachstum zu erwarten. Durch die Lohnerhöhung würden außerdem die Binnennachfrage gestärkt und Wachstumseffekte ausgelöst.

#### *Argumente der Arbeitgeberseite*

Auf Seiten des Arbeitgeberverbandes Gesamtmetall wird hingegen auf eine historisch niedrige Inflationsrate von 0,3 Prozent verwiesen, die deutlich unter der Zielinflationsrate der EZB liege.<sup>6</sup> Da ihrer Ansicht nach die Trendproduktivität nur bei 0,6 Prozent liege, seien größere Lohnanstiege nicht an-

---

<sup>3</sup> Zum Ablauf einer Tarifrunde, vgl. die Beiträge von Gesamtmetall unter [https://www.suedwestmetall.de/swm/web.nsf/id/pa\\_de\\_ablauf-tarifrunde.html](https://www.suedwestmetall.de/swm/web.nsf/id/pa_de_ablauf-tarifrunde.html) (zuletzt abgerufen am 23.05.2016) sowie IG Metall (vgl. <https://www.igmetall.de/tarifbindung-in-sechs-schritten-zum-tarifvertrag-18632.htm> (zuletzt abgerufen am 23.05.2016)).

<sup>4</sup> Vgl. <http://www.rp-online.de/wirtschaft/ig-metall-tarifrunde-2016-verhandlungen-am-donnerstag-in-koeln-aid-1.5968818> (zuletzt abgerufen am 23.05.2016).

<sup>5</sup> Vgl. <https://www.igmetall.de/metall-Tarifrunde-ig-metall-vorstand-beschliesst-forderung-18654.htm> (zuletzt abgerufen am 23.05.2016).

<sup>6</sup> Vgl. <http://www.derwesten.de/staedte/gelsenkirchen/besonnenheit-im-tarifstreit-noetig-aimp-id11809381.html> (zuletzt abgerufen am 23.05.2016).

gebracht. Auch sei es nicht gerechtfertigt, die hohe Forderung mit einer Gewinnbeteiligung zu begründen, da die Marge in den Unternehmen niedrig sei und in den Betriebsgewinnen der Lohn der Mitarbeiter bereits berücksichtigt sei. Außerdem sei der zu beobachtende Aufschwung nur auf einen schwachen Euro, niedrige Zinsen und einen niedrigen Ölpreis zurückzuführen und damit nicht nachhaltig.

#### *Verhandlungsergebnis*

Nach fünf Verhandlungsrunden einigten sich die Tarifparteien im Mai 2016 auf eine Einmalzahlung von 150 Euro sowie eine tabellenwirksame Entgeltsteigerung von 4,8 Prozent in zwei Stufen.<sup>7</sup> Die Vereinbarung gilt für 21 Monate. Um dies zu erreichen, musste die IG Metall den Arbeitgebern mit einer Differenzierungsklausel entgegenkommen. Diese ermöglicht es Betrieben mit unterdurchschnittlicher Ertragslage, auf die Einmalzahlung zu verzichten und die zweite Stufe der Lohnerhöhung zu verschieben. Mit diesem Ergebnis zeigen sich beide Seiten zufrieden. Der erste Vorsitzende der IG Metall Jörg Hofmann stellt fest, dass die Beschäftigten eine „deutliche Erhöhung ihrer Realeinkommen und damit einen fairen Anteil am wirtschaftlichen Erfolg“ bekommen hätten.<sup>8</sup> Gesamtmetall-Präsident Dr. Rainer Dulger betont, dass ein „solider Dreiklang aus akzeptabler Lohnerhöhung, betrieblicher Flexibilität und langer Laufzeit“ erreicht worden sei.<sup>9</sup>

#### *Fazit*

In der relativ marktnahen Metall- und Elektroindustrie treffen mit der IG Metall und der Gesamt Metall zwei gut organisierte Verhandlungsparteien aufeinander. Im Rahmen der Tarifverhandlungen werden Inflationsausgleich und Teilhabe am Produktivitätsfortschritt von beiden Seiten als normative Ziele akzeptiert, auch wenn in der Höhe Differenzen bestehen. Insbesondere die neuen Differenzierungsklauseln zeigen, dass die wirtschaftliche Entwicklung des Unternehmens eine Obergrenze des verfügbaren Verteilungsspielraums bildet.

---

<sup>7</sup> Vgl. <http://www.falsche-zeit-fuer-hoehenfluege.de/nachrichten/nrw/detail/news/tarifergebnis-fuer-die-metall-und-elektroindustrie-in-nrw> (zuletzt abgerufen am 24.05.2016)

<sup>8</sup> Vgl. Pressemitteilung der IG Metall vom 13.05.2016 unter <https://www.igmetall.de/pressemitteilungen-2016-22017.htm> (zuletzt abgerufen am 24.05.2016).

<sup>9</sup> Vgl. Pressemitteilung der Gesamtmetall vom 13.05.2016 unter <https://www.gesamtmetall.de/aktuell/pressemitteilungen/solider-dreiklang-aus-akzeptabler-lohnerhoehung-flexibilitaet-und-langer> (zuletzt abgerufen am 24.05.2016).

## 2.2.2 Fallbeispiel 2: Tarifverhandlungen der Piloten bei Lufthansa

Arbeitnehmerseite: Vereinigung Cockpit (VC)

Arbeitgeberseite: Deutsche Lufthansa AG

Zeitraum: seit April 2014

### *Ausgangslage*

Die Beschäftigtengruppe der Piloten bildet eine "Funktionselite" (Feudner 2014). Funktionseliten haben aufgrund ihrer elementaren Rolle für das Funktionieren eines Unternehmens eine besondere Verhandlungsmacht, die sie häufig in Spartengewerkschaften - in diesem Fall der Vereinigung Cockpit - für bessere Lohn- und Arbeitsbedingungen einsetzen. Prominente Berufsgruppen neben den Piloten sind Fluglotsen (Gewerkschaft der Flugsicherung) und Lokführer (Gewerkschaft Deutscher Lokführer), aber auch Krankenhausärzte (Marburger Bund, vgl. Fallbeispiel 3).

Seit April 2014 finden Tarifverhandlungen zwischen der Lufthansa und der Vereinigung Cockpit statt. In diesem Zeitraum hat die Gewerkschaft bereits 13 Mal zu Streiks aufgerufen.<sup>10</sup> Dabei geht es im Wesentlichen um drei Aspekte. Neben der Lohnentwicklung wird über die Übergangsvorsorge und die Ausgestaltung des Lufthansa-Billigangebots unter der Marke Eurowings gestritten.<sup>11</sup> Insbesondere wehren sich die Beschäftigten gegen die Abschaffung der Übergangsvorsorge. Diese erlaubt es den Piloten, mit 55 Jahren in den Ruhestand zu gehen und bis zum gesetzlichen Rentenalter 60 Prozent des letzten Bruttogehalts zu beziehen. Diese Regelung war bis zur einseitigen Kündigung des Tarifvertrags durch die Lufthansa im Jahr 2013 tariflich festgeschrieben. Darüber hinaus fürchten die Piloten Nachteile durch die Gründung der Tochterfirma Eurowings mit Sitz im Ausland und damit außerhalb des Konzerntarifvertrags sowie den damit verbundenen Sparzielen.<sup>12</sup> Aus diesen Gründen spielt die Lohnforderung nur eine nachrangige Rolle. Sie lag im März 2015 bei einer Steigerung von 10 Prozent über 24 Monate.<sup>13</sup> Das Angebot der Lufthansa mit Stand April 2016 enthält hingegen eine

---

<sup>10</sup> Vgl. <http://www.airliners.de/tarifkonflikt-lufthansa-piloten/38371> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016)

<sup>11</sup> Vgl. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/tarifkonflikt-lufthansa100.html> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016)

<sup>12</sup> Vgl. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/pilotenstreik-lufthansa-worum-es-fuer-vc-wirklich-geht-13295183.html> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016).

<sup>13</sup> Vgl. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/tarifkonflikt-lufthansa100.html> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016)



Einmalzahlung in Höhe eines Monatsgehalts für den Zeitraum seit Mai 2012 und Steigerungsraten von 1,2 und 1,3 Prozent ab Juli 2016 und Januar 2018.<sup>14</sup>

#### *Argumente der Arbeitnehmerseite*

Die Lohnforderung der Pilotengewerkschaft wird im Wesentlichen mit den besonderen Anforderungen an die Piloten begründet: Hohe Verantwortung für die Sicherheit der Fluggäste, spezielle gesundheitliche Belastungen wie Höhenstrahlung, Druckunterschiede, niedriger Sauerstoffgehalt und Zeitverschiebung, das strenge Auswahlverfahren und die regelmäßige Überprüfung der Flugtauglichkeit. Zudem wird auf die teure Ausbildung verwiesen, die die Auszubildenden selbst zu tragen hätten. Neben diesen Aspekten, die vor allem die Höhe des Gehalts rechtfertigen sollen, wollen die Piloten an den Gewinnen der Lufthansa partizipieren. Die Forderung eines Inflationsausgleichs spielt nur indirekt eine Rolle. So lehnen die Piloten den Vorschlag der Lufthansa aus dem April 2016 ab, da dieser nach ihrer Ansicht Reallohnverluste von sieben Prozent bedeuten würde.<sup>15</sup>

#### *Argumente der Arbeitgeberseite*

Die Deutsche Lufthansa AG argumentiert im Wesentlichen mit der wirtschaftlichen Entwicklung. Die starke Konkurrenz zwischen den Fluglinien zwingt die Fluglinie zu strukturellen Veränderungen und begrenzt den Spielraum für finanzielle Zugeständnisse.<sup>16</sup> Sie will daher auch die Piloten in die Pflicht nehmen, einen Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu leisten, indem sie auf höhere Lohnsteigerungen verzichten und einer Umgestaltung der kostenintensiven Übergangsversorgung zustimmen. Über Eurowings will die Lufthansa nicht verhandeln, da es sich um eine unternehmensstrategische Entscheidung handle, die außerhalb des Tarifkonflikts liege.

#### *Verhandlungsergebnis*

Pilotenvereinigung und Lufthansa befinden sich derzeit in vertraulichen Gesprächen. Eine Einigung soll bis zum 31. Juli 2016 erzielt werden.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> <http://www.airliners.de/tarifkonflikt-lufthansa-piloten/38371> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016).

<sup>15</sup> <http://www.airliners.de/tarifkonflikt-lufthansa-piloten/38371> (zuletzt abgerufen am 22.06.2016).

<sup>16</sup> <http://www.n24.de/n24/Nachrichten/Wirtschaft/d/5299860/was-wollen-die-streithaehne-eigentlich-.html> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016).

<sup>17</sup> <http://www.rp-online.de/wirtschaft/tarifstreit-lufthansa-und-flugbegleiter-muessen-letzte-konflikte-loesen-aid-1.6069815> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016).

### *Fazit*

Obwohl es sich bei den Piloten um eine Funktionselite handelt, die aufgrund ihrer essentiellen Rolle für das Funktionieren des Unternehmens über eine besondere Verhandlungsmacht verfügt, können sie ihre Forderungen nicht ohne weiteres durchsetzen. Vielmehr ziehen sich die Verhandlungen seit mehr als zwei Jahren hin. Als wesentliche Begründung für eine Gehaltssteigerung wird die Partizipation an den Unternehmensgewinnen angeführt. Dies wird im Prinzip auch von Seiten der Lufthansa akzeptiert. Allerdings fordert sie dafür auch die Partizipation an Einschränkungen zugunsten der zukünftigen Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit und potentielle Konsequenzen einer Lohnerhöhung für die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens limitieren daher den Verteilungsspielraum.

### **2.2.3 Fallbeispiel 3: Tarifverhandlungen der Ärzte in kommunalen Krankenhäusern**

Arbeitnehmerseite: Marburger Bund

Arbeitgeberseite: Kommunale Krankenhäuser (vertreten durch Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände VKA)

Zeitraum: Dezember 2014 - Februar 2015

### *Ausgangslage*

Ähnlich wie bei den Piloten handelt es sich auch bei den Krankenhausärzten um eine Funktionselite, die durch die Spartengewerkschaft Marburger Bund vertreten wird. Diese verhandelt den „Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern“ mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber (VKA) aus. Die letzten Verhandlungen fanden zwischen Dezember 2014 und Februar 2015 statt und betreffen ca. 52.500 Ärzte in kommunalen Krankenhäusern.<sup>18</sup> Darüber hinaus geht von den Tarifabschlüssen auch eine Signalwirkung für private Krankenhäuser aus. Die Verhandlungen betreffen neben Vergütungsfragen auch Aspekte wie Bereitschafts- und Wochenenddienste. Die Forderungen des Marburger Bundes beinhalteten eine lineare Erhöhung der Ärztegehälter um 5,4 Prozent ab dem 01.12.2014 mit einer Laufzeit von einem Jahr.<sup>19</sup> Hinzu kamen eine spürbare Re-

---

<sup>18</sup> Vgl. Informationsmappe des VKA unter [http://www.vka.de/media/exe/93/80344a1028f059b6ce7b7e5397019f60/vka-mb-tarifmappe\\_2014-2015.pdf](http://www.vka.de/media/exe/93/80344a1028f059b6ce7b7e5397019f60/vka-mb-tarifmappe_2014-2015.pdf) (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>19</sup> Vgl. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/wob/pdfs/hintergrund-forderungen-des-marburger-bundes-der-vka-tarifrunde-2014-2015.pdf> (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

duzierung der zulässigen Zahl der Wochenenddienste und höhere Entgelte für den Bereitschaftsdienst, insbesondere für erfahrene Ärzte. Die VKA bot darauf zunächst eine lineare Entgeltsteigerung um insgesamt 4,0 Prozent in zwei Stufen für den Zeitraum Dezember 2014 bis November 2016 an.<sup>20</sup> Gleiches galt für die Bereitschaftsdienstentgelte.

Ein Spezifikum der Verhandlungen ist, dass die Arbeitgeber nicht im klassischen Wettbewerb stehen. Die Preise, welche die Krankenhäuser für Gesundheitsleistungen abrufen können, bilden sich nicht an freien Märkten, sondern als Ergebnis von Verhandlungen innerhalb gesetzlich vorgegebener Rahmenbedingungen. Schlussendlich werden die Leistungen von den Krankenkassen beziehungsweise Versicherten bezahlt. Diese sind an den Tarifverhandlungen nicht beteiligt, aber davon betroffen. Die Frage ist dabei, ob höhere Tarifabschlüsse von den Kliniken auf die Versicherten überwältigt werden können. In der Tendenz werden Krankenhäuser eher bereit sein, höhere Abschlüsse zu akzeptieren, wenn sie erwarten können, dass die Mehrausgaben in Form höherer Vergütungen von den Krankenkassen kompensiert werden.

#### *Argumente der Arbeitnehmerseite*

Mit Blick auf die Entgeltentwicklung argumentiert der Marburger Bund, dass die Grundgehälter mit der allgemeinen Tarifentwicklung Schritt halten müssten. Er bezeichnet seine Forderungen als "maßvoll, betriebswirtschaftlich vertretbar und volkswirtschaftlich vernünftig".<sup>21</sup> Die Gehaltsforderungen würden sich im Rahmen der Forderungen anderer Gewerkschaften bewegen und die VKA hätte sich im übrigen Krankenhausbereich bereits auf ähnliche Steigerungsraten geeinigt.<sup>22</sup> Finanzieller Spielraum für Tarifsteigerungen sei bei den Krankenhäusern vorhanden. Auch hätten Bundesbank und Wirtschaftsforschungsinstitute angemahnt, den Verteilungsspielraum bei den Gehältern zu erhöhen, um dem Inflationsziel der Europäischen Zentralbank von zwei Prozent Rechnung zu tragen. Zuletzt hätten die Gehälter der Ärzte in kommunalen Krankenhäusern noch nicht den Stand in anderen aka-

---

<sup>20</sup> [http://www.vka.de/media/exe/143/1816a73d9fcc9a803627e30d2445e25/03022015\\_angebot\\_21-45.pdf](http://www.vka.de/media/exe/143/1816a73d9fcc9a803627e30d2445e25/03022015_angebot_21-45.pdf) (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>21</sup> <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/wob/pdfs/hintergrund-forderungen-des-marburger-bundes-der-vka-tarifrunde-2014-2015.pdf> (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>22</sup> <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/wob/pdfs/vka-faktencheck-17-12-2014.pdf> (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

demischen Berufen erreicht.<sup>23</sup> In Zeiten eines zunehmenden Fachkräftebedarfs müsse die VKA auch bei Gehältern und Arbeitsbedingungen darauf achten, dass der Arztberuf für Nachwuchskräfte im Vergleich zu anderen naturwissenschaftlich geprägten Berufen interessant bleibe. Dies sei der Schlüssel zu einer vorausschauenden Personalplanung. Die nicht-tarifären Forderungen nach einer besseren Vereinbarkeit von Arbeits-, Ruhe- und Familienzeit werden vor allem mit gesundheitlichen Aspekten und der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie begründet.

#### *Argumente der Arbeitgeberseite*

Die VKA teilt die Auffassung, dass die Arztgehälter attraktiv bleiben und mit der allgemeinen Lohnentwicklung steigen sollten. Allerdings müsse ein Tarifabschluss den Anforderungen und Möglichkeiten der kommunalen Krankenhäuser gerecht werden und finanzierbar sein.<sup>24</sup> Entgegen der Meinung des Marburger Bundes,<sup>25</sup> stellt die VKA fest, dass die Gehälter der Ärzte in den letzten Jahren bereits stark gestiegen seien. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen lägen die Gehälter an der Spitze. Die Vereinigung weist zudem darauf hin, dass überproportionale Tarifsteigerungen für die Krankenhäuser nicht zu verkraften wären, da diese die Preise ihrer Leistungen nicht selbst entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung anpassen könnten. Als maximale Obergrenze der Preissteigerung für Krankenhausleistungen wird auf die Veränderung der Grundlohnrate von 2,53 Prozent im Jahr 2015 verwiesen, die auch nur verkürzt bei den Krankenhäusern ankäme. Mit Blick auf Veränderungen und Entgelterhöhungen beim Bereitschafts- und Wochenenddienst mahnt die Vereinigung an, dass diese für den Betrieb eines Krankenhauses unverzichtbar seien und bezahlbar bleiben müssten.

#### *Verhandlungsergebnis*

Am 05.02.2015 einigten sich die Tarifparteien auf einen Tarifabschluss. Dieser sah eine lineare Entgeltsteigerung um 2,2 Prozent ab dem 01.12.2014 und weitere 1,9 Prozent ab Dezember 2015 vor. Zudem wurde die Entlohnung des Bereitschaftsdiensts angehoben und umstrukturiert. Hinsichtlich des Wochenenddienstes wurden keine Einschränkungen vereinbart. Die Laufzeit betrug 21 Monate

---

<sup>23</sup> Als Beispiel wird das Gehalt eines Entwicklungsingenieurs mit dem eines Facharztes verglichen, vgl. Faktencheck des Marburger Bundes zur Tarifrunde 2014/2015, S. 4 (<https://www.marburgerbund.de/sites/default/files/wob/pdfs/vka-faktencheck-17-12-2014.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>24</sup> In "Die Position der VKA" in der Informationsmappe zur Tarifrunde 2014/2015, S. 3 ([http://www.vka.de/media/exe/93/80344a1028f059b6ce7b7e5397019f60/vka-mb-tarifmappe\\_2014-2015.pdf](http://www.vka.de/media/exe/93/80344a1028f059b6ce7b7e5397019f60/vka-mb-tarifmappe_2014-2015.pdf) zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>25</sup> Faktencheck des Marburger Bundes zur Tarifrunde 2014/2015, S. 3 (<https://www.marburgerbund.de/sites/default/files/wob/pdfs/vka-faktencheck-17-12-2014.pdf>, zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

und endet im August 2016. Die VKA bewertete die Tarifeinigung als einen vertretbaren Abschluss für beide Seiten, der den engen Spielraum, den die gesetzlich festgelegte Krankenhausfinanzierung vorgebe, voll ausschöpfe.<sup>26</sup> Die Mehrkosten wurden auf 316 Millionen Euro geschätzt. Auch der Marburger Bund sprach von einem "tragfähigen Kompromiss mit substantiellen Verbesserungen bei den Gehältern".<sup>27</sup> Enttäuscht zeigte sich die Gewerkschaft davon, dass ihr die VKA bei der geforderten Reduzierung von Bereitschaftsdiensten am Wochenende nicht entgegengekommen sei.

### *Fazit*

Der Marburger Bund verweist bei seinen Gehaltsforderungen auf allgemeine Tarifsteigerungen, die Forderungen anderer Gewerkschaften sowie aus seiner Sicht vergleichbare Berufsgruppen. Außerdem wird die gute wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser als Argument für höhere Gehälter herangezogen. Die VKA akzeptiert im Wesentlichen, dass sich die Veränderung der ärztlichen Löhne an der allgemeinen Lohnentwicklung orientieren sollte. Allerdings stellt sie die wirtschaftlichen Zwänge der Krankenhäuser entgegen und verweist auf die Entwicklung der Grundlohnsumme als Obergrenze für Sach- und Personalkostensteigerungen. So limitiert auch hier der Verteilungsspielraum (in dem Fall: der Krankenhäuser) den Rahmen, innerhalb dessen eine Verhandlungslösung gefunden werden kann.

#### **2.2.4 Fallbeispiel 4: Festlegung der Notargebühren**

Berufsgruppe:           Notare (Bundesnotarkammer)  
 Gesetzgeber:           Bundestag / Bundesrat  
 Letzte Anpassung:     2013

### *Ausgangslage*

Sowohl die Anzahl der Notare als auch die Gebühren, die sie für Ihre Dienstleistung erheben dürfen, ergeben sich in Deutschland nicht nach Angebot und Nachfrage, sondern werden durch den Gesetzgeber reguliert. So werden durch die staatliche Justizverwaltung so viele Notare (auf Lebenszeit) bestellt, wie es den "Erfordernissen einer geordneten Rechtspflege" entspricht (§ 4 Satz 1 Bundes-

<sup>26</sup> [http://www.vka.de/site/home/vka/presse/pressemitteilungen\\_\\_aktuelles/view-details-id-82.htm](http://www.vka.de/site/home/vka/presse/pressemitteilungen__aktuelles/view-details-id-82.htm) (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

<sup>27</sup> <https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein/pressemitteilungen/2015/marburger-bund-und-vka-vereinbaren-neuen-tarifabschluss-fuer-aerzte> (zuletzt abgerufen am 24.06.2016).

notarordnung BNotO). Dabei wird auf eine angemessene Versorgung der Rechtsuchenden mit notariellen Leistungen geachtet und die Wahrung einer geordneten Altersstruktur des Notarberufs berücksichtigt (§ 4 Satz 2 BNotO). Der Amtsbereich des Notars ist festgelegt und orientiert sich in der Regel am Bezirk des Amtsgerichts, in dem er seinen Amtssitz hat (§ 10a (1) BNotO). Die Gebühren, die ein Notar für seine Tätigkeit erheben darf, sind gesetzlich vorgeschrieben, Abweichungen sind in der Regel nicht zulässig (§ 17 (1) BNotO). Die Regeln zur Berechnung der bundesweit einheitlichen Gebühren sind im Gerichts- und Notarkostengesetz (GNotKG) festgehalten. Das Gesetz sieht für jedes Geschäft einen bestimmten Gebührensatz vor. Ausgehend davon ergibt sich die konkrete Gebühr nach der vom Geschäftswert abhängigen Gebührenstaffelung.<sup>28</sup> Die Gebühren steigen dabei nicht linear mit dem Geschäftswert (z.B. dem Wert einer Immobilie) an, sondern degressiv in verschiedenen Stufen (§ 34 GNotKG).<sup>29</sup> Dies führt dazu, dass Preissteigerungen der Gegenstandswerte auch die Entlohnung des Notars erhöhen, sodass implizit ein Inflationsausgleich gewährt wird.<sup>30</sup> Zusätzlich fallen bei der Festlegung der Vergütung je nach Vorgang Mindest- und Höchstgebühren an.

#### *Reform der Gebührenordnung aus dem Jahr 2013*

Im Juni 2013 wurde die Kostenordnung (KostO), die aus dem Jahr 1936 stammte und zuletzt im Jahr 1987 modifiziert wurde (BGB1. I S. 2326), durch das im Kostenrechtsmodernisierungsgesetz II (27.07.2013) enthaltene Gerichts- und Notarkostengesetz (GNotKG) ersetzt. Begründet wurde dies im Gesetzesentwurf zum einen damit, das Notarkostenrecht transparenter, einfacher und leistungsorientierter zu gestalten (BT-Drs 17/11471). Zum anderen ging es darum, die Notargebühren an die allgemeine Einkommensentwicklung anzupassen, um im besonderen Maß der Situation der Notare außerhalb von Ballungsräumen und in strukturschwachen Regionen mit vergleichsweise geringeren Gegenstandswerten Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund wurden insbesondere die Gebühren im

---

<sup>28</sup> <http://www.bnotk.de/Buergerservice/Notarkosten/Berechnung/index.php> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016).

<sup>29</sup> Beispiel: Für Entwurf und Beurkundung eines Kaufvertrages über eine Eigentumswohnung im Wert von 160.000 Euro sowie der damit verbundenen rechtlichen Beratung fällt eine doppelte Gebühr (Kostenverzeichnis Nr. 21100 GNotKG) in Höhe von 762,00 Euro (netto) an. Liegt der Geschäftswert doppelt so hoch bei 320.000 Euro steigt die Gebühr unterproportional auf 1.270 Euro (netto) an (vgl. <https://www.bnotk.de/Buergerservice/Notarkosten/Beispiele/KVWohnung.php> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016)).

<sup>30</sup> Aufgrund der Anpassung in Stufen führt nicht jeder marginale Anstieg des Gegenstandswertes zu einem Anstieg der Vergütung. Nur der marginale Anstieg an der jeweiligen Gegenstandswertgrenze ändert die Vergütung. Diese fällt allerdings relativ hoch aus, so dass im Mittel eine - wenn auch degressive - Erhöhung der Vergütung mit dem Gegenstandswert angenommen werden kann. Dabei handelt es sich allerdings um die Preissteigerung der Gegenstandswerte, beispielsweise von Vermögensgütern. Diese kann von der Entwicklung des Verbraucherpreises, der Notare privat ausgesetzt sind, abweichen.

unteren Wertbereich angehoben, die als nicht kostendeckend galten. So wird beispielsweise die Beurkundung eines Testaments nach der Reform mit mindestens 60,00 Euro angesetzt. Zudem wurden die Vergütungssätze aufwendiger und haftungsträchtiger Tätigkeiten erhöht, während die Gebühren für einfache Tätigkeiten gesenkt wurden.<sup>31</sup> Die Bundesnotarkammer spricht von einer Anpassung der Notargebühren "mit Augenmaß". Das soziale Gefüge der Wertgebühr würde nicht beeinträchtigt und auch zukünftig könne jeder Zugang zum Notar haben. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der vorsorgenden Rechtspflege sei damit unverändert gewährleistet.<sup>32</sup>

### *Fazit*

Das regulative Umfeld der Notare ähnelt in wesentlichen Aspekten dem der niedergelassenen Ärzte. Sowohl der Zugang zur Berufsgruppe der Notare als auch die Gebühren, die Notare für ihre Leistungen erheben dürfen, sind reguliert. Eine Preisbildung nach Angebot und Nachfrage existiert nicht. Die Gebühren für notarielle Leistungen richten sich nach Art der Leistung und dem Geschäftswert. Da die Gebühren mit dem Geschäftswert ansteigen, erhält der Notar indirekt einen Inflationsausgleich. Dieser wird jedoch durch den degressiven Anstieg der Gebühren abgeschwächt. Die Gebührenordnung wurde im Jahr 2013 reformiert. Neben einer grundlegenden Modernisierung spielte insbesondere die Versorgung strukturschwacher Regionen eine Rolle. So wurden die Mindestgebühren in Teilen hochgesetzt, um geringeren Vermögenswerten Rechnung zu tragen.

## **2.3 Erkenntnisse**

Die wirtschaftswissenschaftliche Theorie liefert einige Erklärungsansätze, wie Löhne unter bestimmten Bedingungen entstehen können. Je „marktnäher“ ein System ausgestaltet ist (im Sinne fehlender Marktmacht), desto stärker orientiert sich die Entlohnung an der Produktivität. Allerdings ist zu beachten, dass die häufig verwendeten Arbeitsmarktmodelle keine normativen Ziele formulieren, wie sich die Entlohnung von Arbeit entwickeln sollte. Die Orientierung an Opportunitätskosten verfolgt eher ein Versorgungs- als ein Entlohnungsziel. Daher müssen Lohn und Vergütung regelmäßig von den betroffenen Parteien ausgehandelt werden, wie auch drei der vier dargelegten Praxisbeispiele in der Realität zeigen.

---

<sup>31</sup> <http://www.bnotk.de/1:920/Meldungen/KostenrechtsmodG.html> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016).

<sup>32</sup> <http://www.bnotk.de/1:920/Meldungen/KostenrechtsmodG.html> (zuletzt abgerufen am 23.06.2016).

So werden in marktnahen Branchen wie der **Metall- und Elektroindustrie** die Aspekte Inflationsausgleich und Produktivitätsfortschritte üblicherweise als Ziele für Lohnanpassungen akzeptiert. Allerdings wird der Verteilungsspielraum auch durch die wirtschaftliche Entwicklung der Unternehmen limitiert.

Davon sind selbst Beschäftigte wie die **Piloten der Lufthansa** betroffen, die durch ihre zentrale Position im Unternehmen eine Funktionselite darstellen und eine vergleichsweise hohe Verhandlungsmacht genießen. Lohnanpassungen entlang der Inflation und eine Beteiligung an Produktivitätsfortschritten beziehungsweise Unternehmensgewinnen sind nicht selbstverständlich, sondern an die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen geknüpft.

Dies gilt auch für **Ärzte in kommunalen Krankenhäusern**, ebenfalls eine Funktionselite. Auch wenn es sich bei kommunalen Trägern nicht um Unternehmen handelt, sind deren finanzielle Ressourcen dennoch unter anderem durch die Zuwendungen seitens der Krankenkassen und damit die Beiträge der Versicherten begrenzt.

Die **niedergelassenen Ärzte** unterscheiden sich von den hier genannten Beschäftigtengruppen allerdings wesentlich. Denn als Selbständige sind Praxisinhaber sowohl medizinisch als auch unternehmerisch tätig. Da dem Praxisarzt als Unternehmer ein Überschuss aus freiberuflicher Tätigkeit (Reinertrag) zusteht und kein Gehalt, liegen keine echten Lohnverhandlungen vor. Allerdings unterscheiden sich niedergelassene Ärzte auch von dem Großteil anderer Selbständiger, da sie nicht auf einem freien Markt aktiv sind und bei der Entscheidung zur Niederlassung sowie bei der Vergütung der Leistungen reglementiert werden.

Niedergelassene Ärzte bewegen sich daher in einem ähnlichen Umfeld wie **Notare** oder auch Anwälte und Architekten, deren Bestellung und Gebührenordnung ebenfalls staatlich geregelt ist. Trotz dieser Einschränkungen sind kontinuierliche Anpassungen der Vergütung nicht vorgesehen, wobei die Gebührenordnung, die sich nach den Gegenstandswerten richtet, systembedingt einen impliziten Inflationsausgleich beinhaltet. Die Diskussion um die Novellierung der Gebührenordnung im Jahr 2013 wurde daher insbesondere durch Versorgungsargumente begründet, um den geringeren Gegenstandswerten in strukturschwachen Regionen Rechnung zu tragen.



Insgesamt macht der Blick in Praxis und Theorie deutlich, dass keine Blaupause für die Bestimmung der Lohnentwicklung bei den niedergelassenen Ärzten existiert. Allerdings ist allen Praxisbeispielen gemein, dass der tatsächlich verfügbare Verteilungsspielraum auch den Rahmen für mögliche Lohnanpassungen bestimmt. Der Verteilungsspielraum wird dabei von der wirtschaftlichen Lage der Unternehmen begrenzt. Dies gilt implizit auch für die Notare, die nur dann von Lohnsteigerungen beziehungsweise höheren Entgelten profitieren, wenn sich die wirtschaftliche Lage der Klienten in höheren Gegenstandswerten äußert. Die Aufteilung des Verteilungsspielraums zwischen den einzelnen Parteien ist dann Gegenstand der Verhandlungen.

### 3. Die ärztliche Vergütung im Kontext des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

Das System der ärztlichen Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist wie das gesamte deutsche Gesundheitssystem hochgradig reguliert. Mengen und Preise werden nicht durch Angebot und Nachfrage auf freien Märkte, sondern durch ein komplexes Zusammenspiel aus gesetzlichen Vorgaben und zentralen Verhandlungen auf Bundes- wie Länderebene bestimmt. Einen wesentlichen Bestandteil bildet dabei der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), in dessen Systematik die ärztliche Vergütung niedergelassener Ärzte dem Grunde nach angelegt ist. Der folgende Abschnitt zeigt allerdings auf, dass methodische wie empirische Probleme eine systemimmanente Anpassung erschweren.

Der Lohn, den selbständige niedergelassene Ärzte mit Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung erzielen (fortan: Arztlohn), wird aus dem Reinertrag der Praxis, das heißt der Differenz aus Einnahmen und Ausgaben, erwirtschaftet.<sup>33</sup> Die Einnahmen aus der vertragsärztlichen Versorgung hängen dabei wesentlich von der Bewertung der Kosten der jeweiligen Leistung im Rahmen des EBM ab. Neben den Praxiskosten wurde dazu ein kalkulatorischer Arztlohn angesetzt, der die kalkulatorischen Kosten einer Arztstunde beziffert. Für jede Leistung wird so eine Punktzahl angesetzt, die den relativen Aufwand der Leistung (im Vergleich zu anderen Leistungen) angibt. Der Eurowert pro EBM-Punkt (Orientierungswert) wird so festgelegt, dass die Vergütung den Kosten (inkl. kalkulatorischen Kosten) der Leistung entspricht. Daraus folgt auch, dass der "durchschnittliche Arzt" mit EBM Leistungen einen Reinertrag erwirtschaftet, der dem kalkulatorischen Arztlohn entspricht. Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass der mittlere Reinertrag zum Zeitpunkt der Festlegung des kalkulatorischen Arztlohnes in etwa dem damals vom Bewertungsausschuss festgelegten Referenzwert von rund 105.000 Euro entsprach.<sup>34</sup> Präzise Daten liegen hierzu nicht vor. Laut Greß (2015, S. 24) ergeben Auswertungen von Studien, dass "der bereinigte Überschuss unter Berücksichtigung der realen Arbeitszeit im Jahr 2007 in einem Korridor zwischen 105.000 Euro und 119.000 Euro gelegen haben" dürfte, wobei aber davon auszugehen sei, dass die zugrunde liegende Berechnungsmethode unge-

<sup>33</sup> Der Reinertrag ist nicht mit dem Nettoeinkommen der Praxisinhaber zu verwechseln. Er ist eher vergleichbar mit dem Bruttoeinkommen abhängig Beschäftigter.

<sup>34</sup> Der Wert von 105.572 Euro wurde 2007 für das Jahr 2008 festgelegt.

naue Annahmen bei der Umrechnung von PKV- in GKV-Leistungen treffe. Daher sei der bereinigte Überschuss tatsächlich höher gewesen.

Die Höhe der Reinerträge der Praxen wird durch den Orientierungswert als Teil der Gesamtvergütung bestimmt. Darüber hinaus haben aber auch Preisänderungen bei EBM-Leistungen einen Einfluss auf die Reinerträge der Arztpraxen. Das Gesetz lässt offen, ob dabei die Anzahl an Punkten oder der Preis pro Punkt (= Orientierungswert) verändert wird (vgl. §87 Absätze 2, 2e und 2g SGB V). Aufgrund der hohen Komplexität des EBM und der vielen Einflussfaktoren der ärztlichen Vergütung (z. B. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) ist eine exakte Übereinstimmung von kalkulatorischem Arztlohn (EBM) und Reinertrag beziehungsweise Arztlohn allerdings nicht herstellbar.

In dem bisher vom Bewertungsausschuss verwendeten Verfahren werden bei der Anpassung des Orientierungswertes zwei Komponenten berücksichtigt: TL-Komponente und AL-Komponente. Die AL-Komponente soll messen, wie sich die rechnerischen Kosten für die ärztliche Tätigkeit geändert haben (Arztlohn). Die TL-Komponente umfasst die übrigen (Input-)Kosten des Praxisbetriebs. Steigen die rechnerischen Kosten der ärztlichen Tätigkeit, ist der Orientierungswert zu erhöhen, wobei die Zunahme mit dem Anteil der AL-Vergütung an den Gesamtvergütung zu gewichten ist. Analog ist mit Kostensteigerungen bei den Inputfaktoren der TL-Komponente zu verfahren.

Um die Anpassung des Orientierungswertes konsistent im Sinne der EBM-Systematik vorzunehmen, müsste darüber hinaus eine dritte Komponente berücksichtigt werden: Produktivitätssteigerungen ziehen ceteris paribus eine Senkung des Orientierungswertes nach sich. Führen Verbesserungen im Betriebsablauf beispielsweise dazu, dass der allgemeine Ressourcenbedarf der Praxen (inklusive ärztlicher Tätigkeit) um fünf Prozent sinkt, dann ist der Orientierungswert um fünf Prozent zu reduzieren.

Bei „mechanischer“ Auslegung der EBM-Systematik ergibt sich die gesamte Anpassung des Orientierungswertes somit aus der Summe der gewichteten Veränderungen bei den tatsächlichen und den festgelegten Preisen der AL- und TL-Komponente abzüglich der Verbesserungen bei der Produktivität. Im Anhang wird dieser Zusammenhang formal illustriert. In der Praxis hat sich die Anpassung des Orientierungswertes allerdings als schwierig erwiesen. Auch die gesetzlichen Regelungen nach § 87 Absatz 2e und 2g SGB V enthalten keine eindeutigen Vorgaben dazu, nach welchen Kriterien die Anpassung des Orientierungswertes zu erfolgen hat. Hinzu kommt, dass die ärztliche Vergütung neben der Höhe des Orientierungswertes von einer Reihe weiterer Faktoren beeinflusst wird (siehe auch

Abschnitt 4.1 unten). So zeigt beispielsweise Prognos (2015), dass der durchschnittliche Reinertrag je Arztstunde von 2011 bis 2014 um jährlich 4,3 Prozent gestiegen ist (Prognos, 2015, Abbildung 1); der Orientierungswert blieb hingegen 2011 und 2012 konstant; 2013 und 2014 wurde er nur leicht um 0,9 beziehungsweise 1,3 Prozent angehoben. Prognos (2015) identifiziert auch die Faktoren, auf die der beobachtete Anstieg des Reinertrags unabhängig vom Orientierungswert zurückzuführen ist. In der Folge müssen bei der Anpassung des Orientierungswertes eine Reihe weiterer Faktoren berücksichtigt werden, die direkt oder indirekt die Reinerträge der Praxen beeinflussen.

Es bleibt festzuhalten, dass die Anpassung des Orientierungswertes bezogen auf den Arztlohn nicht auf Basis einer bestimmten Mechanik erfolgen kann und dass dies auch weder durch verfügbare empirische Informationen noch durch entsprechende gesetzliche Regelungen zweifelsfrei gelingen würde. Vielmehr muss die Anpassung im Rahmen von Verhandlungen erfolgen. Im Sinne einer konstruktiven Verhandlungsführung ist es hierzu zunächst erforderlich, den Verteilungsspielraum, innerhalb dessen eine Lösung gefunden werden kann, abzustecken. Ein Vorschlag, woran sich dieser orientieren sollte, wird im nächsten Abschnitt dargelegt.

## 4. Verhandlungsrahmen zur Anpassung des Orientierungswertes

Es wurde bereits festgehalten, dass aus der allgemeinen ökonomischen Theorie keine eindeutigen, normativen Vorgaben zur Höhe ärztlicher Entlohnung abgeleitet werden können. Tarifverhandlungen aus anderen Branchen geben zwar Anhaltspunkte, welche Maßstäbe bei Vergütungs- und Lohnverhandlungen typischerweise zugrunde gelegt werden. Eine Übertragung auf die Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung ist jedoch nicht ohne weiteres möglich. Deutlich wird allerdings, dass der Rahmen, innerhalb dessen eine Verhandlungslösung gefunden werden kann, in allen Fällen durch den verfügbaren Verteilungsspielraum bestimmt wird und dass dieser aufgrund spezifischer und gesamtwirtschaftlicher Entwicklungen begrenzt ist.

Die Analyse in diesem Abschnitt baut auf dieser Erkenntnis auf. Ausgangspunkt ist die Darstellung des für die Verhandlungen zwischen den Versicherten in der GKV, vertreten durch die gesetzlichen Krankenkassen, und den Vertragsärzten relevanten Verteilungsspielraums.

### 4.1 Determinanten des Verteilungsspielraums

Bei den turnusmäßigen Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes werden die Fragen nach dem Niveau des Orientierungswertes und der ärztlichen Vergütung nicht von Grund auf neu bewertet. Vielmehr geht es um die Frage, ob sich seit der letztmaligen Festlegung Änderungen bei den Rahmenbedingungen ergeben haben, die eine Anpassung des Orientierungswertes erforderlich machen beziehungsweise ermöglichen. Unter der Prämisse, dass die Finanzierung des Systems nicht nachhaltig gefährdet werden soll, ergibt sich der Verhandlungsgegenstand somit aus dem Verteilungsspielraum, der aus Änderungen der Rahmenbedingungen resultiert.

Ziel der Analyse in diesem Abschnitt ist nicht die Quantifizierung des insgesamt verfügbaren Verteilungsspielraums. Vielmehr soll diskutiert werden, an welchen Rahmenbedingungen beziehungsweise deren Änderungen der verfügbare Verteilungsspielraum festgemacht werden kann. Im Mittelpunkt dabei stehen drei wesentliche Faktoren:

- **Verbesserungen der (nominalen) Einnahmesituation der Krankenkassen (Finanzierungsgrundlage):** In Folge der wirtschaftlichen Entwicklung im Allgemeinen und der Entwicklung der Nominallöhne im Speziellen, insbesondere im Falle von Inflation, verbessert sich typischerweise die Einnahmesituation der Krankenkassen, zumindest bei nominaler Betrachtungsweise. Damit verbessern sich die Finanzierungsgrundlagen der ärztlichen Vergütung und damit der Verteilungsspielraum.
- **Kostensteigerungen bei der technischen Komponente des Praxisaufwandes:** In Folge wirtschaftlicher Entwicklung und allgemeiner Preissteigerungen verteuern sich typischerweise die von den Praxen benötigten Inputfaktoren wie Raumbedarf, Personal, medizinische Ausstattung etc. Dies senkt grundsätzlich den Verteilungsspielraum und führt, soweit keine Anpassung der ambulanten Vergütung erfolgt, zu sinkenden Reinerträgen.
- **Verbesserungen der Produktivität der Arztpraxen:** In Folge von Verbesserungen im Betriebsablauf, technischer Innovation, Investitionen und allgemein durch Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven verbessert sich typischerweise die Produktivität des Praxisbetriebes, das heißt dieselbe Menge an medizinischen Leistungen kann mit weniger Ressourcen erbracht werden. Diese Entwicklung erhöht den Verteilungsspielraum. Erfolgt keine Anpassung der ambulanten Vergütung, führen Produktivitätsverbesserungen zu steigenden Reinerträgen.

Neben den drei genannten Faktoren wird der Verteilungsspielraum auch entscheidend von weiteren Aspekten beeinflusst. Dazu gehören insbesondere Vereinbarungen gemäß § 87a Absatz 4 SGB V (vor allem die sogenannte Morbirate<sup>35</sup>), § 87a Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V, sonstige regionale Vereinbarungen, die Einführung neuer Leistungen sowie Mengensteigerungen der nichtbudgetierten Leistungen (EGV). Diese Aspekte müssen als Nebenbedingungen in den Verhandlungen berücksichtigt werden. Denn sie beeinflussen die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel oder steigern den Nettoleistungsbedarf. Letzteres führt dazu, dass die verfügbaren Mittel auf eine größere Punktmenge aufgeteilt werden müssen. Insbesondere ist auch zu prüfen, ob Sondervereinbarungen oder Einmaleffekte vorliegen, die zu einer Steigerung der Reinerträge führen. Eine Anpassung des Orientierungswertes ist dann unter Umständen nicht mehr notwendig oder führt sogar zu einer doppelten Vergütung.

---

<sup>35</sup> Hiervon unberührt bleibt die Übernahme des sogenannten Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen.

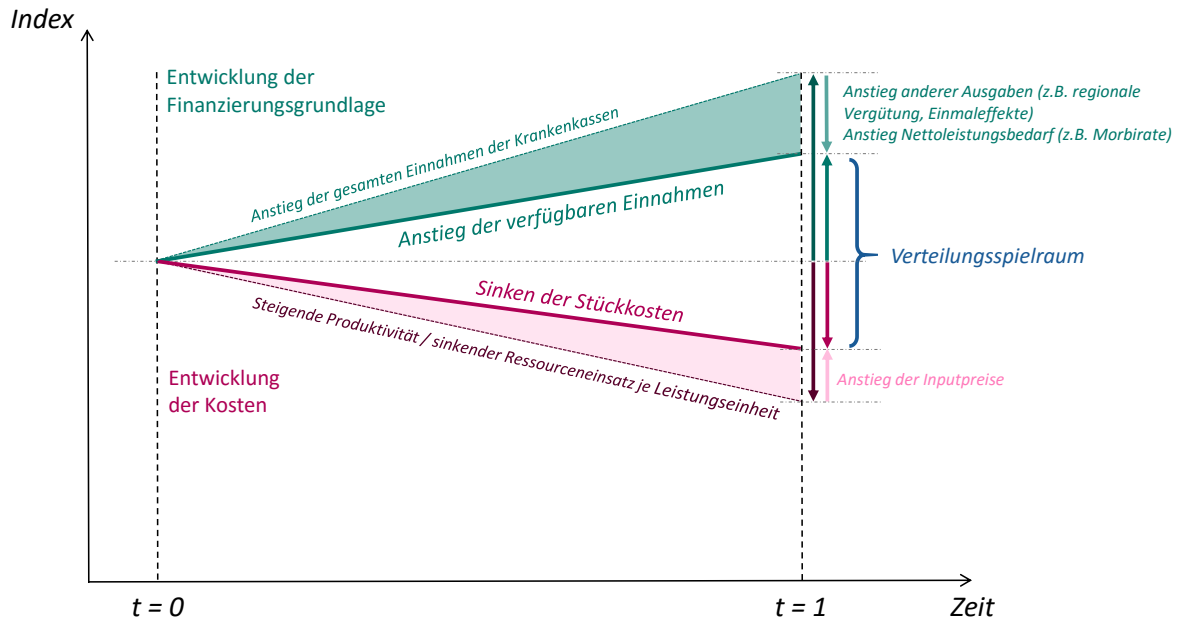
Im Regelfall treten die hier genannten Veränderungen gleichzeitig auf. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit im Zuge der Verhandlungen der Orientierungswert angepasst werden kann oder angepasst werden muss, um mit Blick auf die Reinerträge das angepeilte Ergebnis zu erzielen. Falls entsprechender Verteilungsspielraum besteht, kann bei den Verhandlungen zur Anpassung des Orientierungswertes eine Wahl getroffen werden: Je höher der neue Orientierungswert gewählt wird, desto stärker werden die Ärzte zu Lasten der Versicherten begünstigt.

Positiver Verteilungsspielraum besteht dann, wenn die Entwicklung der Finanzierungsgrundlage (unter Berücksichtigung des Nettoleistungsbedarfs) über der um die Veränderung der Inputpreise korrigierten Produktivitätsentwicklung der Ärzte und Arztpraxen liegt. In diesem Fall sind zusätzliche Mittel vorhanden, die im Rahmen der Verhandlungen um den Orientierungswert aufgeteilt werden können. Abbildung 4-1 verdeutlicht diesen Zusammenhang. Sie stellt schematisch eine Situation dar, in der von der einen auf die andere Periode...

- (a) ... die gesamten Einnahmen der Krankenkassen ansteigen (dunkelgrün),
- (b) ... die „anderen Ausgaben“ der Krankenkassen, die nicht über den Orientierungswert abgegolten werden, steigen und/oder der Nettoleistungsbedarf ansteigt (hellgrün),
- (c) ... die Stückkosten (beziehungsweise der erforderliche Ressourceneinsatz) aufgrund positiver Produktivitätsentwicklung sinken (braun), und
- (d) ... die Inputpreise sich erhöhen (rosa).

Insgesamt bewirken diese Entwicklungen sowohl Änderungen bei der Finanzierungsgrundlage und den verfügbaren Einnahmen (grün) als auch der Kostenseite (rot). Daraus ergibt sich der dargestellte Verteilungsspielraum (blau).

**Abbildung 4-1:**  
Schematische Darstellung des Verteilungsspielraums



Quelle: DIW Econ.

Sollten die Änderungen der Kostenseite auch nach Berücksichtigung der Produktivitätseffekte oberhalb der Veränderung der Finanzierungsgrundlage liegen, sind grundlegende Eingriffe in das System nötig. Diese müssten entweder eine Anhebung der Beiträge beziehungsweise des Bundeszuschusses<sup>36</sup> oder eine Arztlohnsenkung nach sich ziehen. Dieser Fall wird hier nicht weiter verfolgt, da in diesem Fall faktisch über Niveaus entschieden werden müsste. Gleiches gilt für Forderungen, die außerhalb des Verhandlungsspielraums liegen. Solche Forderungen sind ohne grundlegende Eingriffe ins System nicht umsetzbar.

Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen ergeben sich zwei Extreme, auf welche Weise ein positiver Verteilungsspielraum durch Anpassung des Orientierungswertes zwischen Versicherten und Ärzten aufgeteilt werden kann.

□ **Extrem 1: Maximale Entlastung der Versicherten**

Der Orientierungswert wird so angepasst, dass die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit konstant

<sup>36</sup> Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Bundeszuschuss zweckgebunden ist.



bleibt. Dies bedeutet, dass die Ärzte weder an positiver noch an negativer Einkommensentwicklung der Versicherten beziehungsweise der Krankenkassen partizipieren und Produktivitätsgewinne den Versicherten zugesprochen werden. In diesem Fall kommt der Verteilungsspielraum vollständig den Versicherten zugute. Mit „Vergütung der ärztlichen Tätigkeit“ ist hierbei der Reinertrag je Einheit ärztlicher Tätigkeit gemeint. Zur Ermittlung wird der Reinertrag der Praxis durch die Zahl der ärztlichen Arbeitsstunden geteilt. Dabei werden ausschließlich solche Leistungen berücksichtigt, die mit dem Orientierungswert vergütet werden.

#### □ **Extrem 2: Maximale Steigerung der Reinerträge**

Der Orientierungswert wird so angepasst, dass daraus eine größtmögliche Steigerung der Reinerträge resultiert. Der gesamte Verteilungsspielraum kommt in diesem Fall den Ärzten zugute. Dazu werden sämtliche verfügbare Mehreinnahmen der Krankenkassen vollständig den Ärzten zugewiesen. Falls die Steigerung der Finanzierungsgrundlage hinreichend groß ausfällt, kommen Produktivitätsgewinne vollumfänglich den Ärzten zugute (siehe hierzu auch Kasten 1 unten). Entwickelt sich die Finanzierungsgrundlage nicht positiv genug, müssen Produktivitätsfortschritte an die Versicherten abgegeben werden.

Die folgenden Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2 erläutern die beiden Extreme im Detail. Anschließend werden mögliche Indikatoren besprochen, welche die Veränderung der Finanzierungsgrundlage, d.h. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beitragszahler und damit die Höhe und das Potential der GKV-Einnahmen empirisch bemessen (Abschnitt 4.2.1). Die Kostenseite wird maßgeblich von der Entwicklung der Produktivität bestimmt. Relevante Indikatoren sind Schätzungen zu Praxiskosten und der Produktivität. Diese werden im Abschnitt 4.2.2 vorgestellt.

#### 4.1.1 **Extrem 1: Maximale Entlastung der Versicherten**

Je niedriger der neue Orientierungswert gewählt wird, desto stärker werden Versicherte entlastet. Bei konstanten Rahmenbedingungen und unter der Prämisse, dass die Reinerträge der Ärzte nicht sinken sollen, kann der neue Orientierungswert allerdings nicht beliebig niedrig gesetzt werden. Stattdessen gibt es beim Orientierungswert eine Untergrenze, die dem minimalen neuen Wert des Orientierungswertes entspricht. Diese Untergrenze ist wie folgt definiert:

**Untergrenze:** *Der Orientierungswert wird so angepasst, dass die rechnerische Vergütung je Arztstunde (= Reinertrag pro Arztstunde) konstant bleibt. Je nach Entwicklung von Produktivität und Kosten der TL-Komponente bedeutet dies eine Anhebung oder eine Absenkung des Orientierungswertes.*

Der Orientierungswert vergütet die Arztpraxen pro durchgeführter medizinischer Leistung. Welcher Betrag den Praxisinhabern als Reinertrag pro Leistung verbleibt, hängt von den Betriebskosten der Praxen ab. Sinken diese Kosten, vergrößert sich ceteris paribus der Verteilungsspielraum. Es ist dann möglich, den Orientierungswert zu senken, ohne dass die Reinerträge der Praxen sinken. Steigen hingegen die Betriebskosten, verkleinert sich ceteris paribus der Verteilungsspielraum. In dem Fall muss die Vergütung angehoben werden, falls ein Absinken der Reinerträge verhindert werden soll.

Um zu berechnen, ob die Betriebskosten zu- oder abgenommen haben, ist es hilfreich die Effekte der technischen Leistung (TL-Komponente) und der ärztlichen Leistung (AL-Komponente) zunächst separat zu betrachten und anschließend zu einer Gesamtveränderung zusammen zu fassen. Dabei müssen folgende Parameter berechnet werden:

- **Produktivität der ärztlichen Leistung (AL-Komponente):** Die Produktivität der ärztlichen Tätigkeiten bezeichnet das Verhältnis aus (vergüteter) Leistungsmenge und ärztlicher Arbeitszeit. Je weniger Arbeitszeit die Ärztinnen und Ärzte pro erbrachter Leistung einsetzen, desto höher der rechnerische Stundenlohn (= Reinertrag je Arztstunde). Erhöht sich diese Produktivität, entsteht Spielraum, den Orientierungswert zu senken ohne die rechnerischen Reinerträge zu verändern.
- **Produktivität der technischen Leistungen (TL-Komponente):** Die Produktivität der technischen Komponente bezeichnet das Verhältnis aus (vergüteter) Leistungsmenge und sämtlichen erforderlichen Inputs (mit Ausnahme der ärztlichen Tätigkeit). Je weniger (nicht ärztlicher) Input zur Erbringung einer Leistung erforderlich ist, desto geringer ist der finanzielle Aufwand zur Erbringung einer Leistung und desto höher ist der Reinertrag.
- **Inputpreise der technischen Leistungen (TL-Komponente):** Je höher die Preise für nicht-ärztliche Inputfaktoren, desto höher ist der finanzielle Aufwand bei der Erbringung einer Leistung und desto geringer fallen die Reinerträge aus.

Um die Untergrenze der Anpassung des Orientierungswertes zu bestimmen, werden die Änderungen bei AL-Komponente und TL-Komponente gewichtet und summiert. Produktivität und Inputpreise der technischen Leistungen können dabei in einem gemeinsamen Indikator zusammengefasst werden, der die TL-Ausgaben pro Leistungsmenge misst. Als Gewichtung wird der Anteil der TL- beziehungsweise AL-„Ausgaben“ am Gesamtbudget angesetzt.

Eine formal-theoretische Darstellung des Zusammenhangs von Orientierungswert, Produktivität und Inputpreisen findet sich im Anhang. Für eine weiterführende Diskussion der empirischen Bestimmung von Produktivität und Inputpreisen siehe Abschnitt 4.2.2.

#### 4.1.2 Extrem 2: Maximale Steigerung der Reinerträge

Je höher der neue Orientierungswert gewählt wird, desto höher werden die Reinerträge der Praxen ausfallen. Bei konstanten Rahmenbedingungen (Beitragssätze, Finanzierungsstruktur) und unter der Prämisse, dass die Struktur der Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen nicht verändert wird, kann der neue Orientierungswert allerdings nicht beliebig hoch gesetzt werden, weil er durch die Finanzierungssituation der Krankenkassen begrenzt ist. Stattdessen gibt es beim Orientierungswert eine Obergrenze, die dem maximalen neuen Wert des Orientierungswertes entspricht. Diese Obergrenze ist wie folgt definiert:

**Obergrenze:** *Der Orientierungswert wird so angepasst, dass zusätzlich verfügbare Beitragseinnahmen vollständig der ärztlichen Vergütung zugeführt werden.*

Bei konstanten Beiträgen werden die Einnahmen der Krankenkassen insbesondere von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung, der sogenannten Grundlohnsumme, beeinflusst. Steigt diese an, so stehen zusätzliche Mittel für die ärztliche Vergütung zur Verfügung. Zu beachten ist dabei, dass zur Anhebung des Orientierungswertes nur ein Teil etwaiger Mehreinnahmen der Krankenkassen zur Verfügung steht, da nur ein Teil der Vergütung der medizinischen Versorgung mithilfe des Orientierungswertes abgegolten wird. Eine Reihe von weiteren Vergütungskomponenten ändert sich auch bei konstantem Orientierungswert und beeinflusst die Umsätze der Ärzte auf der einen und die Ausgaben der Krankenkassen auf der anderen Seite. Es bleibt also im Einzelfall zu prüfen, welche Mehreinnahmen tatsächlich für eine Anhebung des Orientierungswertes zur Verfügung stehen.

Die Obergrenze des neuen Orientierungswertes ist derjenige Wert, der rein rechnerisch dazu führt, dass die zusätzlich verfügbaren Einnahmen vollständig den Umsätzen der Praxen zugutekommen. Der maximale Wert verringert sich, falls der Nettoleistungsbedarf – etwa aufgrund der Morbirate – steigt, ohne dass die Beitragssätze angehoben werden. Wird bei der Anpassung die Obergrenze gewählt, werden in der Regel (ausreichende Finanzierung vorausgesetzt) sämtliche Produktivitätsge-

winne der Ärzteseite zugeschlagen, die Versicherten würden dann nicht an den Produktivitätssteigerungen beteiligt (siehe hierzu auch Kasten 1 unten).

Eine formal-theoretische Darstellung des Zusammenhangs von Orientierungswert und Finanzierungsgrundlage findet sich im Anhang. Zur weiterführenden Diskussion der Bedeutung der Grundlohnsumme sowie ihres historischen Verlaufs, siehe Abschnitt 4.2.1.

## 4.2 Diskussion relevanter empirischer Indikatoren

Die folgenden Abschnitte stellen eine Reihe an Statistiken vor, die zum einen die Determinanten des Verteilungsspielraums quantifizieren können. Zum anderen geben sie Hinweise, an welchen normativen Zielen sich eine Aufteilung des Verteilungsspielraums orientieren könnte. Dementsprechend werden die Indikatoren zum einen hinsichtlich ihres Einflusses auf den Verteilungsspielraum als auch auf ihre normative Kraft für Anpassungen des Orientierungswertes hin betrachtet.

### 4.2.1 Indikatoren zur Finanzierungsgrundlage

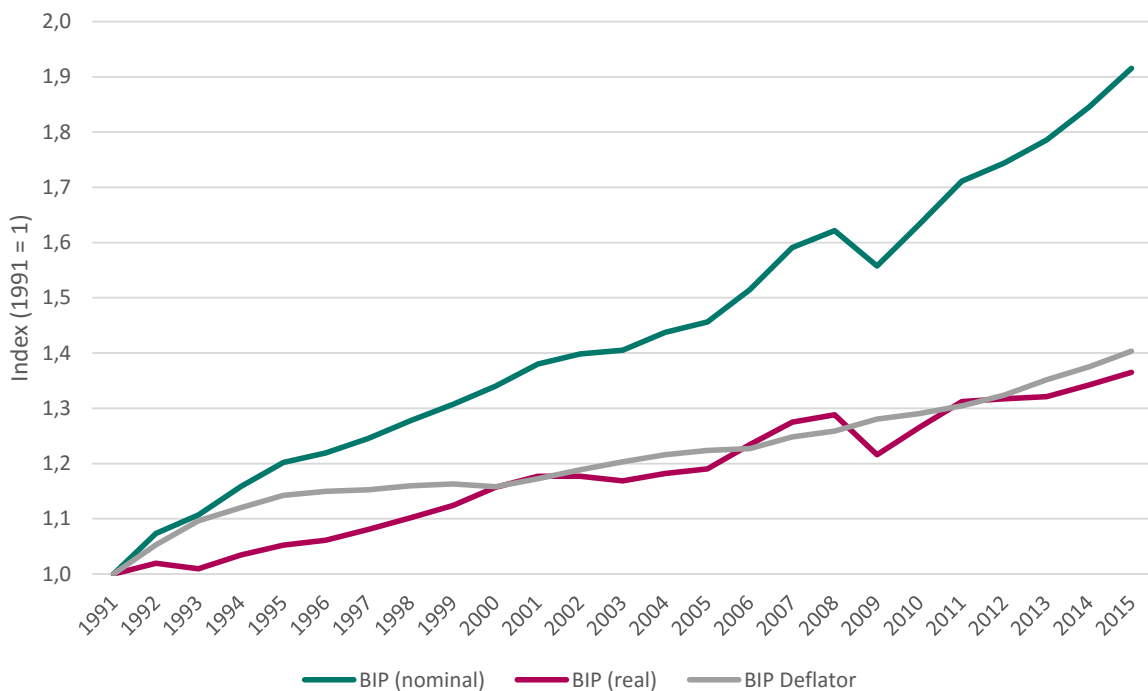
Zunächst werden Indikatoren dargelegt, welche die Entwicklung der Einnahmenseite und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abbilden.

#### *Bruttoinlandsprodukt*

Das Bruttoinlandsprodukt gilt als das allgemeingültigste Maß, um die Wirtschaftskraft eines Landes zu messen. Je höher das Bruttoinlandsprodukt, desto mehr Mittel stehen der Gesellschaft zur Verfügung. Grundsätzlich stehen dann mehr Ressourcen zur Verfügung, um Gesundheitsdienstleistungen zu entlohnen. Wird das Ziel verfolgt, die Berufsgruppe der Ärzte an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben zu lassen, bietet sich das Bruttoinlandsprodukt als möglicher Indikator an. Andererseits besteht nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Bruttoinlandsprodukt und den Einkommen der gesetzlich Versicherten. In der Vergangenheit ist das Bruttoinlandsprodukt phasenweise stärker gestiegen als Reallöhne und Grundlohnsumme. In diesen Fällen ist fragwürdig, ob es gerechtfertigt ist, die Berufsgruppe der Ärzte am allgemeinen Aufschwung zu beteiligen, wenn die Kosten dafür von der Gruppe der Versicherten zu tragen sind, die ihrerseits keinen Anteil an ebendiesem Aufschwung erhält.

Sowohl das nominale als auch das reale Bruttoinlandsprodukt ist seit 1991 kontinuierlich gestiegen. Einzige Ausnahme bildet der Zeitraum um die Finanzkrise 2009. In den Jahren 2014 und 2015 ist das reale Bruttoinlandsprodukt um 1,6 beziehungsweise 1,7 Prozent gestiegen. (Abbildung 4-2, Tabelle 4-1)

**Abbildung 4-2:  
Bruttoinlandsprodukt (Index 1991 = 1)**



Quelle: DIW Econ auf Basis des Statistischen Bundesamtes - Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen (Bruttoinlandsprodukt ab 1970, Vierteljahrs- und Jahresergebnisse).

**Tabelle 4-1:  
Bruttoinlandsprodukt (Veränderungsraten, nominal / real)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BIP nominal	1,3%	4,0%	5,0%	1,9%	-4,0%	4,9%	4,8%	1,9%	2,4%	3,4%	3,8%
BIP nominal (GD)	1,4%	2,5%	3,5%	3,7%	1,0%	0,9%	1,9%	3,9%	3,0%	2,6%	3,2%
BIP real	0,7%	3,7%	3,3%	1,1%	-5,6%	4,1%	3,7%	0,4%	0,3%	1,6%	1,7%
BIP real (GD)	0,4%	1,9%	2,6%	2,7%	-0,4%	-0,2%	0,7%	2,7%	1,5%	0,8%	1,2%

Quelle: DIW Econ auf Basis des Statistischen Bundesamtes - Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen (Bruttoinlandsprodukt ab 1970, Vierteljahrs- und Jahresergebnisse). GD = gleitender Durchschnitt über 3 Perioden (t=0,-1,-2).

### *Grundlohnsumme*

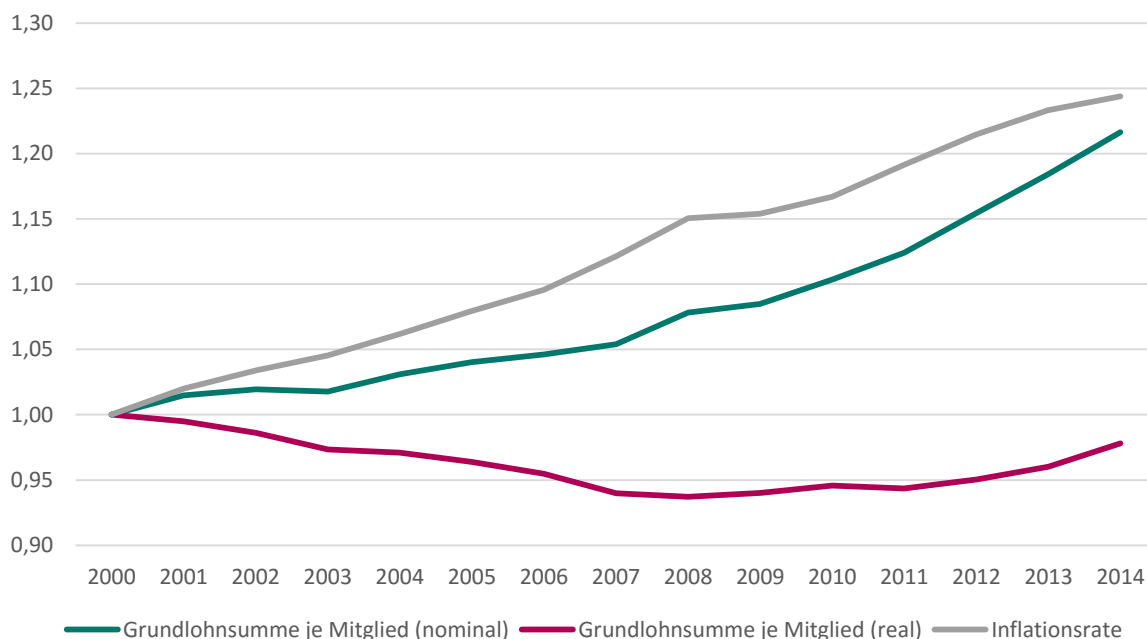
Die Grundlohnsumme ist per Definition ein Indikator für die unmittelbare wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten. Bei konstanten Beitragsätzen spiegelt die Entwicklung der Grundlohnsumme je Mitglied die Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen wider, die durchschnittlich je Mitglied zur Verfügung stehen. Damit eignet sich der Indikator, um die unmittelbare Veränderung des Verteilungsspielraums zu bestimmen. Andererseits ist die Grundlohnsumme je Mitglied nur teilweise geeignet, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gesellschaft insgesamt abzubilden, da sie nur einen Teil der erzielten Einkommen abdeckt.

Die nominale Grundlohnsumme je Mitglied ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Schaut man sich jedoch die reale Grundlohnsumme je Mitglied an, lässt sich feststellen, dass diese über den gleichen Zeitraum gesunken ist. Diese Tatsache rührt daher, dass die Verbraucherpreise stärker gestiegen sind als die nominale Grundlohnsumme je Mitglied. Die Versicherten mussten also reale Einkommensverluste hinnehmen. In den letzten Jahren ist auch die reale Grundlohnsumme je Mitglied wieder angestiegen, wobei sie immer noch unter dem Niveau des Jahres 2000 liegt (Abbildung 4-3, Tabelle 4-2).<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> In Abbildung und Tabellen wird die Entwicklung der tatsächlichen Grundlohnsumme je Mitglied bereitgestellt. Die amtlich bekannt gegebenen Veränderungsrate weichen hiervon leicht ab, da sie sich auf andere Zeiträume beziehen. Sie werden unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl\\_veraenderungsrage/gl\\_veraenderungsrage.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl_veraenderungsrage/gl_veraenderungsrage.jsp) bereitgestellt.

**Abbildung 4-3:**  
**Grundlohnsumme (Index 2000 = 1)**



Quelle: DIW Econ auf Basis des Bundesministeriums für Gesundheit (Beitragspflichtige Einnahmen in der GKV (je Mitglied), nach Risikostrukturausgleich, Daten des Gesundheitswesens 2015, Tabellen 9.12 und 9.13.) und des Statistischen Bundesamtes (Verbraucherpreisindex).

**Tabelle 4-2:**  
**Grundlohnsumme (Veränderungsraten, nominal / real)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Grundlohnsumme je Mitglied (nominal)	0,9%	0,6%	0,7%	2,3%	0,6%	1,7%	1,9%	2,7%	2,6%	2,7%
Grundlohnsumme je Mitglied (nominal, GD)	0,7%	0,9%	0,7%	1,2%	1,2%	1,5%	1,4%	2,1%	2,4%	2,7%
Grundlohnsumme je Mitglied (real)	-0,7%	-0,9%	-1,6%	-0,3%	0,3%	0,6%	-0,2%	0,7%	1,0%	1,8%
Grundlohnsumme je Mitglied (real, GD)	-0,8%	-0,6%	-1,1%	-0,9%	-0,5%	0,2%	0,2%	0,4%	0,5%	1,2%

Quelle: DIW Econ auf Basis des Bundesministeriums für Gesundheit (Beitragspflichtige Einnahmen in der GKV (je Mitglied), nach Risikostrukturausgleich, Daten des Gesundheitswesens 2015, Tabellen 9.12 und 9.13.) und des Statistischen Bundesamtes (Verbraucherpreisindex). GD=gleitender Durchschnitt über 3 Perioden (t=0,-1,-2).

*Inflation*

Zwischen Inflation und Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen besteht kein unmittelbarer Zusammenhang. In der Vergangenheit stieg die Grundlohnsumme aber zumeist im Einklang mit den Verbraucherpreisen an, so dass ein mittelbarer Zusammenhang erwartet werden kann.

Steigende Verbraucherpreise führen bei konstanter ärztlicher Vergütung *ceteris paribus* zu einer Reduktion der realen Ärztevergütung. Soll die ärztliche Vergütung real konstant bleiben, ist in der Regel eine Anpassung an die Inflation erforderlich. Andererseits gilt es auch hier die Seite der Versicherten zu beachten. Kommt es trotz Inflation nicht zu einem allgemeinen Anstieg der Nominallöhne, dann sinken die Realeinkommen der Versicherten. In solchen Fällen ist fragwürdig, ob das Einkommen der Ärzte steigen sollte, wenn gleichzeitig die Versicherten einen realen Einkommensverlust hinnehmen müssen.

Die Verbraucherpreise steigen stetig an, wenn auch in den Jahren 2014 und 2015 nicht mehr so stark wie es 2005 - 2013, mit Ausnahme des Krisenjahres 2009, der Fall war. Für 2016 und 2017 erwartet die Projektgruppe Gemeinschaftsdiagnose, der auch das DIW Berlin angehört, steigende Inflationsraten (Tabelle 4-3).

**Tabelle 4-3:**  
**Inflationsrate**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Inflationsrate	1,6	1,5	2,3	2,6	0,3	1,1	2,1	2,0	1,5	0,9	0,3	0,5	1,5
Inflationsrate (GD)	1,4	1,6	1,8	2,2	1,7	1,3	1,2	1,7	1,9	1,4	0,9	0,5	0,8

Quelle: Statistisches Bundesamt (Verbraucherpreisindex). Prognose für 2016/17 vgl. DIW Berlin (2016). GD = gleitender Durchschnitt über 3 Perioden (t=0,-1,-2).

#### 4.2.2 Indikatoren zu Kosten- und Produktivitätsentwicklung

Wenn die Betriebskosten der Praxen sinken, vergrößert sich *ceteris paribus* der Verteilungsspielraum. Bei der Entwicklung der Betriebskosten sind zunächst Produktivitätsverbesserungen (vgl. Kasten 1) und Inputpreisänderungen zu unterscheiden. Dabei ist es sinnvoll AL- und TL-Komponente separat voneinander zu betrachten.

Die TL-Komponente ist ein wesentlicher Faktor der Praxiskosten, da sie alle benötigten Inputs außer der ärztlichen Tätigkeit umfasst. Die TL-Komponente hat unmittelbaren Einfluss auf die Reinerträge der Praxen und den Verteilungsspielraum. Da der Orientierungswert die Vergütung pro Leistungspunkt bestimmt, sind für die Anpassung die Betriebskosten pro Leistungspunkt maßgeblich. Diese können sich grundsätzlich aus zwei Gründen ändern:



- Änderung der Betriebskosten aufgrund von Erhöhung der Produktivität: Die Produktivität steigt, wenn für das Erbringen medizinischer Leistungen weniger Inputs benötigt werden. Dies ist in der Regel auf Verbesserungen bei der „Produktion“ medizinischer Leistungen zurückzuführen, beispielsweise durch bessere Nutzung von Skalen- und Verbundvorteilen (Kostendegression). Ein weiteres Beispiel wären technische Innovationen oder Reorganisationen der betrieblichen Abläufe, welche den Ressourcenbedarf reduzieren.
- Änderungen der Betriebskosten aufgrund von Änderung der Bezugspreise (Inputpreise): Steigen oder sinken die Preise der Inputfaktoren einer Arztpraxis, etwa die Entlohnung der Praxismitarbeiter, so ändern sich ceteris paribus die Betriebskosten.

**Kasten 1:**
**Die Berücksichtigung von Produktivitätsverbesserungen im Rahmen der Anpassung des Orientierungswertes**

Mitunter wird mit Blick auf Wirtschaftlichkeit und Produktivität argumentiert, dass diesbezügliche Verbesserungen vornehmlich auf Initiative der Praxisinhaber zurückzuführen seien. Daher sollten diese Verbesserungen auch primär den Praxisinhabern zugutekommen. Daraus folge, dass eine Absenkung des Orientierungswertes aufgrund von Produktivitätsverbesserungen nicht in Frage komme. Diese normative Argumentation ist aus Sicht der Gutachter jedoch nicht überzeugend. Denn gleichzeitig wird häufig argumentiert, dass die Ärztinnen und Ärzte an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben sollen. Zu dieser Entwicklung tragen die Ärzte nicht unmittelbar bei. Vor diesem Hintergrund sollte im Gegenzug gewährleistet sein, dass die Versicherten an den Kostenersparnissen beteiligt werden, die durch Verbesserungen der Produktivität entstehen. Daher scheint es normativ geboten, auch Kosteneinsparungen, die auf Initiative der Praxisinhaber zurückgehen, mindestens teilweise an die Versicherten weiterzugeben. Somit sind Produktivitätsverbesserungen Teil des Verhandlungsspielraums.

Ein weiterer Einwand besagt, dass Verbesserungen bei der Produktivität kein Absenken der Vergütung nach sich ziehen dürften, weil sonst für die Ärzte keine Anreize bestünden, die Wirtschaftlichkeit der Praxen zu verbessern. Auch dieses Argument ist aus Sicht der Gutachter nicht stichhaltig. Richtig ist, dass Praxisinhaber nur dann ökonomische Anreize haben, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern, wenn sie auch davon profitieren. Auf individueller Ebene besteht dieser Anreiz aber in jedem Fall, unabhängig davon ob Anpassungen des Orientierungswertes die Produktivität berücksichtigen. Denn für den Orientierungswert ist die durchschnittliche Produktivität aller Praxen maßgeblich. Die einzelne Praxis hat auf den Durchschnittswert aber keinen oder nur einen zu vernachlässigenden Einfluss. Aus Sicht einer Praxis, die etwa vor der Entscheidung steht, durch Investitionen ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern, stellt sich die Situation wie folgt dar: Wird die Investition durchgeführt, sinken die durchschnittlichen Kosten der Behandlung. Wird die Investition unterlassen, bleiben die Kosten konstant. Übersteigen die kumulierten Kosteneinsparungen die Investitionskosten, lohnt sich die Investition. Das zugrunde liegende Kalkül ist unabhängig von der Entwicklung des Orientierungswertes, auf welches die einzelne Praxis ohnehin keinen Einfluss hat. Dem Einwand liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Investition in keinem Fall lohnenswert sei, wenn

als Folge Orientierungswert und Vergütung sinken. Dazu müsste aber eine kausale Beziehung zwischen der Investitionstätigkeit der betreffenden Praxis und der Anpassung der Orientierungswertes bestehen. Genau dies ist nicht gegeben.

Da nur die durchschnittliche Wirtschaftlichkeit der Praxen bei der Anpassung der Orientierungswertes berücksichtigt wird, gilt grundsätzlich: Praxen mit überdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit erzielen in der Tendenz überdurchschnittliche Reinerträge. Praxen mit unterdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit erzielen in der Tendenz unterdurchschnittliche Reinerträge. Deshalb besteht auf Seiten der einzelnen Praxis grundsätzlich ein ökonomischer Anreiz, die eigene Produktivität zu verbessern. Dieser Anreiz besteht unabhängig vom Niveau der durchschnittlichen Produktivität und unabhängig von der Entwicklung des Orientierungswertes.

#### *Kosten- und Produktivitätsentwicklung im Rahmen der TL-Komponente*

Bei der Bestimmung der Änderung der Betriebskosten können die beiden Effekte in einem Indikator zusammengefasst werden. Dazu werden die Kosten der Arztpraxen (TL-Komponente) ins Verhältnis zur erbrachten Leistungsmenge gesetzt. Größte Herausforderung bei der Ermittlung ist dabei die schwierige Datenlage. Zur Illustration wird auf Schätzungen von Prognos (2015) zurückgegriffen. Teilt man den Gesamtaufwand durch das Punktzahlvolumen erhält man den Aufwand pro Punkt. Dieser stieg zwischen 2013 und 2014 um 0,64 Prozent. Bei der TL-Komponente ergibt sich damit auf Grundlage dieser Schätzung eine Kostensteigerung. (Tabelle 4-4)

**Tabelle 4-4:**  
**Kosten- und Produktivitätsentwicklung (TL-Stückkosten)**

	Einheit	2011	2012	2013	2014
Gesamtaufwand in Arztpraxen zur Erbringung der GKV-Leistungen	Mio. Euro	17.017	17.243	18.054	18.663
Unbereinigter, korrigierter Bruttoleistungsbedarf	Mio. Punkte	311.717	316.269	324.962	333.774
Aufwand je Punkt	Euro je Punkt	0,0546	0,0545	0,0556	0,0559
<b>Veränderung des Aufwands je Punkt zum Vorjahr</b>	<b>Prozent</b>		<b>-0,13%</b>	<b>1,90%</b>	<b>0,64%</b>

Quelle: Prognos (2015), Tabelle 3, Tabelle 8. Teilweise Schätzungen. Rundungsdifferenzen möglich.

#### *Produktivitätsentwicklung im Rahmen der AL-Komponente*

Das System der ärztlichen Vergütung soll sicherstellen, dass die Reinerträge der Praxen in einem angemessenen Verhältnis zur ärztlichen Arbeitszeit der Praxisinhaber stehen. Jedoch wird die ärztliche Arbeitszeit nicht unmittelbar vergütet, da Ärzte keine Angestellten sind. Maßgeblich für die Vergü-

tung ist die Leistungsmenge einer Praxis. Der rechnerische Stundenlohn der Praxisinhaber ergibt sich aus dem Verhältnis der Reinerträge und der eingesetzten Arbeitszeit. Daraus folgt: Steigt die Produktivität der ärztlichen Leistung, so steigt ceteris paribus der rechnerische Stundenlohn der Ärzte. Denn höhere Produktivität bedeutet, dass dieselbe ärztliche Leistung weniger Minuten ärztlicher Arbeitszeit erfordert. Die Produktivität der ärztlichen Arbeitszeit ist damit unmittelbar verbunden mit dem Verhandlungsspielraum. Damit ist sie ein relevanter Indikator bei der Anpassung des Orientierungswertes.

Die empirische Ermittlung der Arbeitsproduktivität gestaltet sich schwierig. Während die Leistungsmenge aus den Abrechnungen zwischen Praxen und Krankenkassen hervorgeht, lässt sich die ärztliche Arbeitszeit für GKV-Leistungen kaum objektiv beobachten. Daher muss gegebenenfalls auf Schätzungen oder Umfragen zurückgegriffen werden. Zum Zwecke der Illustration werden Schätzungen von Prognos (2015) verwendet. Daraus ergibt sich: Die jährliche Veränderung der Arbeitszeit pro Punkt lag 2011 bis 2014 jeweils zwischen -1,86 und -3,16 Prozent. In diesem Zeitraum scheinen also Produktivitätssteigerungen stattgefunden zu haben. Denn die Anzahl an Minuten, die ein Arzt pro Punkt aufwenden muss, ist stetig gesunken. Allerdings ist nicht bekannt, welchen genauen Anteil die Nicht-GKV-Leistungen an der Arbeitszeit haben. (Tabelle 4-5)

Zukünftig könnte die Berechnung der Arbeitszeit je Punkt auf Basis des Mikrozensus erfolgen, wobei auch hierbei zu beachten gilt, dass die Daten auf Umfragen basieren und mit entsprechender Unsicherheit behaftet sind.

**Tabelle 4-5:**  
**Produktivitätsentwicklung (AL-Aufwand)**

	Einheit	2011	2012	2013	2014
Jahresarbeitszeit aller Ärzte	Mio. Minuten	15.242	14.976	15.101	15.033
Unbereinigter, korrigierter Bruttoleistungsbedarf	Mio. Punkte	311.717	316.269	324.962	333.774
Arbeitszeit je Punkt	Minuten je Punkt	0,0489	0,0474	0,0465	0,0450
<b>Veränderung der ärztlichen Arbeitszeit je Punkt zum Vorjahr</b>	<b>Prozent</b>		<b>-3,16%</b>	<b>-1,86%</b>	<b>-3,08%</b>

Quelle: Prognos (2015), Tabelle 2, Tabelle 3; GKV, Destatis; teilweise Schätzungen. Rundungsdifferenzen möglich.

### 4.3 Zahlenbeispiel für den Verhandlungsrahmen

Das folgende Zahlenbeispiel illustriert die Bestimmung des Verteilungsspielraums indem auf Grundlage fiktiver aber realistischer Änderungsraten die Ober- und Untergrenzen für die Anpassung des Orientierungswertes dargestellt werden.

**Tabelle 4-6:**  
Zahlenbeispiel für den Verteilungsspielraum

<b>Extrem 1: Maximale Entlastung der Versicherten ("Untergrenze")</b>	
TL-Stückkosten: Veränderung des Aufwands je Punkt zum Vorjahr	1,00%
AL-Aufwand: Veränderung der Arbeitszeit je Punkt zum Vorjahr	-1,50%
Ausgabenanteil TL	54,00%
Ausgabenanteil AL	46,00%
Anpassung des Orientierungswertes, um Vergütung der ärztlichen Tätigkeit konstant zu halten (Extrem 1)	-0,15%
Alter Orientierungswert (Vorjahr)	0,10000 €
Neuer Orientierungswert (Basisjahr)	0,09985 €
Mit „Vergütung der ärztlichen Tätigkeit“ ist hierbei der Reinertrag je Einheit ärztlicher Tätigkeit gemeint. Zur Ermittlung wird der Reinertrag der Praxis durch die Zahl der ärztlichen Arbeitsstunden geteilt. Dabei werden ausschließlich solche Leistungen berücksichtigt, die tatsächlich mit dem Orientierungswert vergütet werden.	
<b>Extrem 2: Maximale Steigerung der Reinerträge ("Obergrenze")</b>	
<b>Verfügbares Finanzierungsvolumen</b>	
Relevant ist derjenige Eurobetrag, welcher für solche Leistungen ausgegeben wird, die mit dem Orientierungswert vergütet werden. (Insb. Sachleistungen sind nicht relevant.)	
Anstieg des verfügbaren Finanzierungsvolumens zum Vorjahr (Vergütungsanstieg abzgl. nicht punktzahlrelevanter Vergütungsbestandteile)	3,00%
<b>Nettoleistungsbedarf</b>	
Relevant ist das Punktzahlvolumen, welches tatsächlich mit dem Orientierungswert vergütet wird.	
Anstieg des Nettoleistungsbedarfs	1,50%
davon MGV (Anstieg umgerechnet auf Gesamtmenge)	0,70%
davon EGV (Anstieg umgerechnet auf Gesamtmenge)	0,30%
davon Sonstiges (z.B. neue Leistungen; Anstieg umgerechnet auf Gesamtmenge)	0,50%
Anpassung des Orientierungswertes bei vollständiger Ausnutzung aller verfügbaren Einnahmen (Extrem 2)	1,48%
Alter Orientierungswert (Vorjahr)	0,10000 €
Neuer Orientierungswert (Basisjahr)	0,10148 €
Der Orientierungswert wird so angepasst, dass daraus eine größtmögliche Steigerung der Reinerträge resultiert. Der gesamte Verteilungsspielraum kommt in diesem Fall den Ärzten zugute. Dazu werden sämtliche verfügbare Mehreinnahmen der Krankenkassen vollständig den Ärzten zugewiesen. Falls die Steigerung der Finanzierungsgrundlage hinreichend groß ausfällt, kommen Produktivitätsgewinne vollumfänglich den Ärzten zugute.	
Anmerkung: Die Werte für den Anstieg von Nettoleistungsmenge und Finanzierungsvolumen werden aus bestehenden Indikatoren (z.B. Grundlohnsumme, Mobirate) berechnet.	

Quelle: DIW Econ.

Um die Obergrenze der Orientierungswertanpassung zu bestimmen, werden Veränderungen beim verfügbaren Finanzierungsvolumen und beim Leistungsbedarf herangezogen.

Ausgangspunkt für verfügbares Finanzierungsvolumen und Bedarf sind solche Leistungen, denen eine Punktzahl zugeordnet ist und die mit dem Orientierungswert vergütet werden. Der Anstieg des verfügbaren Finanzierungsvolumens, welches maximal für solche Leistungen zur Verfügung steht, bildet den ersten Berechnungsschritt. Im zweiten Berechnungsschritt wird ermittelt, wie sich die Nettoleistungsmenge bzw. der Nettoleistungsbedarf verändert hat. Dabei werden sämtliche Entwicklungen berücksichtigt, welche die Anzahl der zu vergütenden Punkte verändern. Dazu gehören unter anderem die Morbirate, Mengensteigerungen bei EGV-Leistungen, Erhöhung der Punktzahl einzelner Leistungen und sonstige Effekte. Die Anpassung des Orientierungswertes ergibt sich aus der Veränderung des verfügbaren Finanzierungsvolumens und des Nettoleistungsbedarfs, indem das neu verfügbare Finanzierungsvolumen vollständig auf die neue Punktmenge aufgeteilt wird.<sup>38</sup>

Im Ergebnis muss die Anpassung des Orientierungswertes im Beispiel zwischen -0,15 Prozent und 1,48 Prozent liegen. Es ist also möglich, den Orientierungswert zu senken, ohne dass der Arztlohn – bezogen auf die eingesetzte ärztliche Arbeitszeit – sinkt. Gleichzeitig ist es finanzierbar, den Orientierungswert bis zur Obergrenze anzuheben. Bei einer Anpassung unterhalb dieses Intervalls würde die Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit sinken; eine Anpassung oberhalb des Intervalls wäre bei gegebener Finanzierungsstruktur nicht möglich.

---

<sup>38</sup> Zur Berechnung sei  $w$  = Orientierungswert,  $B$  = Budget,  $L$  = Leistungsmenge,  $d$  stehe für die jeweilige absolute Veränderung. Dann ist  $w = B/L$  der alte und  $(w + dw) = (B + dB)/(L + dL)$  der neue Orientierungswert. Umformungen ergeben, dass für die relative Änderung des Orientierungswertes folgender Zusammenhang gilt:

$$\frac{dw}{w} = \frac{1 + dB/B}{1 + dL/L} - 1$$

## 5. Fazit und Zusammenfassung

Das System der ärztlichen Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist hochgradig reguliert. Mengen und Preise ergeben sich durch ein komplexes Zusammenspiel aus gesetzlichen Vorgaben und zentralen Verhandlungen auf Bundes- wie Länderebene. Hinzu kommt, dass die regulierte Gesundheitsbranche nur in geringem Maße beziehungsweise nur in Teilbereichen im internationalen Wettbewerb steht. Daher ist das Gesundheitssystem nur begrenzt den marktwirtschaftlichen Kräften ausgesetzt, die in anderen Branchen gelten. Viele der aus anderen Wirtschaftsbereichen bekannten ökonomischen Gesetzmäßigkeiten finden bei der ärztlichen Vergütung keine Anwendung. Daher können aus der allgemeinen ökonomischen Theorie keine eindeutigen Vorgaben zur Höhe ärztlicher Entlohnung abgeleitet werden. Tarifverhandlungen aus anderen Branchen geben zwar Anhaltspunkte, welche Maßstäbe bei Vergütungs- und Lohnverhandlungen typischerweise zugrunde gelegt werden. Eine Übertragung auf die Verhandlungen über ärztliche Vergütung ist aber nicht ohne weiteres möglich. Allerdings wird deutlich, dass der Rahmen, innerhalb dessen eine Verhandlungslösung gefunden werden kann, durch den jeweils verfügbaren Verteilungsspielraum begrenzt ist.

Der Verteilungsspielraum zur Anpassung des Orientierungswertes wird einerseits durch die Finanzierungsgrundlage seitens der gesetzlichen Krankenkassen, andererseits durch die Kosten- und Produktivitätsentwicklung seitens der Arztpraxen bestimmt (vgl. Tabelle 5-1).

**Tabelle 5-1:**  
**Determinanten des Verteilungsspielraums und Indikatoren**

Determinante	Einflussrichtung	Indikator	Verfügbarkeit
Finanzierungsgrundlage	positiv	Bruttoinlandsprodukt	sehr gut
		Grundlohnsumme je Mitglied	sehr gut
		Inflation	sehr gut
Inputpreise	negativ	Aufwand je Punkt	zu erheben
Produktivität (TL)	positiv		
Produktivität (AL)	positiv	Ärztl. Arbeitszeit je Punkt	gut

Quelle: DIW Econ.

Die Finanzierungsgrundlage wird unter anderem durch Bruttoinlandsprodukt, Inflation und Grundlohnsumme beeinflusst. Während die Entwicklung der Grundlohnsumme je Mitglied die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenkassen unmittelbar begrenzt, bilden Inflation und Bruttoinlandsprodukt stärker die (nominale) Leistungsfähigkeit der Gesellschaft im Allgemeinen und der Versicherten im Besonderen ab. Letztere können bei der Aufteilung des Verteilungsspielraums Orientierung bieten. Die Datenverfügbarkeit zu diesen makroökonomischen Indikatoren ist als gut bis sehr gut zu bewerten.

Allerdings wird der Verteilungsspielraum nicht nur durch die Finanzierungsgrundlage bestimmt. Auch auf Seiten der Ärzte sind relevante Einflussfaktoren zu finden. Dies gilt für die Entwicklung der Inputpreise, die den Spielraum begrenzen, und die Produktivitätsentwicklung der Praxen, die ihn erhöhen. Zur Konstruktion der zugehörigen Indikatoren „Aufwand je Leistungspunkt“ und „ärztliche Arbeitszeit je Leistungspunkt“ sind detaillierte Mikrodaten notwendig, die bisher nur teilweise verfügbar sind und auf Schätzungen beruhen. Um diese für den Verhandlungsprozess verwertbar zu machen, sind daher zusätzliche Datenerhebungen und Analysen notwendig. Damit die Ergebnisse von beiden Verhandlungsparteien akzeptiert werden, sollte die Erhebung durch eine neutrale Stelle, beispielsweise durch das Institut des Bewertungsausschusses, erfolgen.

Die konkrete Aufteilung des verfügbaren Verteilungsspielraums beziehungsweise der festgestellten Veränderungen bleibt letztendlich Verhandlungssache. Dabei gilt es aber insbesondere die folgenden Zusammenhänge zu beachten.

- Auch bei konstanter Leistungsmenge und konstantem Orientierungswert steigen die Reinerträge, wenn Produktivitätsverbesserungen etwaige Preissteigerungen bei den Inputs überkompensieren.
- Überwiegen die Preissteigerungen der Inputs die Produktivitätsverbesserungen, so sinkt die Vergütung ärztlicher Tätigkeit, falls der Orientierungswert nicht erhöht wird.
- Die Veränderung der Finanzierungsgrundlage limitiert grundsätzlich den Verteilungsspielraum.
- Bei der Entscheidung über die Verteilung ist auch zu entscheiden, welcher Seite die Produktivitätsgewinne zugeordnet werden oder ob diese geteilt werden.
- Sollte der Verteilungsspielraum negativ sein, weil Kostensteigerungen etwaige Verbesserungen bei der Finanzierungsgrundlage überkompensieren, sind grundlegende Strukturveränderungen

notwendig. In diesem Fall müssen Ärzte und/oder Versicherte Einschnitte gegenüber der Vorperiode in Kauf nehmen.



## Literaturverzeichnis

DIW Berlin (2016) Gemeinschaftsdiagnose Frühjahr 2016. DIW Wochenbericht 16/2016.

Feudner, B.W. (2007): Tarifverträge für „Funktionseliten“? Betriebs-Berater 45/2007.

Franz, W. (2013) Arbeitsmarktökonomik. 8. Auflage. Springer Berlin Heidelberg,

Greß, S. (2015). Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung. Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband. 10. August 2015

Prognos (2015). Der „Arztlohn“ und die Anpassung des Orientierungswertes. Berlin.

Stillfried, D. und Czihal, T. (2014): Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 4, 24. Januar 2014. S. A116.

## Anhang

In der Folge werden zentrale Ableitungen anhand eines formalen Modells (Anhang/1) weiter illustriert:

- Mit Bezug auf Abschnitt 3 wird gezeigt, dass sich die gesamte Anpassung des Orientierungswertes bei strenger, „mechanischer“ Auslegung der EBM-Systematik aus der Summe der gewichteten Steigerungen bei den tatsächlichen und festgelegten Preisen der AL- und TL-Komponente abzüglich den Verbesserungen bei der Produktivität ergibt (Anhang/2).
- Mit Bezug auf die Untergrenze für die Anpassung des Orientierungswertes in Abschnitt 4.1.1 wird der Zusammenhang von Orientierungswert, Produktivität und Inputpreisen formal dargelegt (Anhang/3).
- Mit Bezug auf die Obergrenze für die Anpassung des Orientierungswertes in Abschnitt 4.1.2 wird der Zusammenhang von Orientierungswert und Finanzierungsgrundlage formal dargelegt (Anhang/4).

Das Modell ist keine Abbildung der Realität, sondern veranschaulicht und präzisiert ausgewählte Zusammenhänge. Dies muss bei einer Übertragung und Anwendung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Insbesondere gilt:

- Im Modell erzielen die Praxen ihre Einnahmen ausschließlich über den Orientierungswert. Die Reinerträge der Praxen ergeben sich somit aus dem Orientierungswert auf der einen und den Aufwendungen auf der anderen Seite. In der Realität erzielen die Praxen zusätzliche Einnahmen, etwa in Form von Euro-Leistungen. Diese Einnahmen fließen ebenfalls in die Höhe der Reinerträge ein.
- Zentrale Zielgröße im Modell ist die Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit, das heißt der Reinertrag pro Arztstunde. Die Vergütung pro Arzt, die Vergütung pro Praxis oder die Gesamtvergütung sind hingegen keine expliziten Stellschrauben im Modell.

## 1 Modell

Man betrachte eine Arztpraxis, die  $n$  Leistungen anbietet, welche mit  $i = 1, 2, \dots, n$  indexiert sind. Jede Leistung erfordert zwei Input-Faktoren: ärztliche Tätigkeit (AL-Komponente) und nicht-ärztliche Inputs (TL-Komponente). Dabei gilt: Leistung  $i$  benötigt  $x_i$  Einheiten der ärztlichen Tätigkeit und  $y_i$  Einheiten der anderen Inputs.

Die Produktionstechnologie ist somit über die beiden Vektoren  $x = (x_1, x_2, \dots, x_n)$  und  $y = (y_1, y_2, \dots, y_n)$  beschrieben.

**Inputpreise** Je eingesetzter Einheit des nicht-ärztlichen Inputs entstehen der Praxis Kosten in Höhe von  $p_y$  pro Einheit des Inputs. Für ärztliche Tätigkeit werden Kosten von  $p_x$  pro Einheit angesetzt.<sup>39</sup> Dieser Wert soll im Ergebnis dem Reinertrag pro Einheit ärztlicher Tätigkeit entsprechen. Die Kosten aller Leistungen summieren sich somit auf

$$K = p_x \sum_i x_i + p_y \sum_i y_i$$

Zur vereinfachten Darstellung sei  $X = \sum_i x_i$  und  $Y = \sum_i y_i$ .

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Orientierungswert

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ordnet jeder Leistung  $i$  einen Punktwert  $q_i$  zu. Dieser ist proportional zum Aufwand, der für die jeweilige Leistung notwendig ist. Zudem wird ein Orientierungswert (OW)  $w$  bestimmt, der den Euro-Wert pro Punkt angibt. Als Vergütung erhält die Arztpraxis das Produkt aus EBM-Punkten und Orientierungswert. Damit die Praxis kostendeckend arbeitet, muss gelten:

$$w \sum_i q_i = p_x X + p_y Y$$

Da die EBM-Punkte ein rein relatives Maß sind, besteht ein Freiheitsgrad bei der Bestimmung der Punktwerte. Daher muss eine arbiträre Normalisierung vorgenommen werden. Aus Gründen der Einfachheit wird folgende Normalisierung gewählt:

$$\sum_i q_i \equiv n$$

<sup>39</sup> 2005 wurde hierzu ein kalkulatorischer Arztlohn festgelegt. Siehe dazu Abschnitt 3.

d.h., die Punktzahl einer einzelnen Leistung ist im Durchschnitt genau gleich 1.

Daraus folgt für den erstmaligen Wert des Orientierungswertes  $w$ :

$$w = \frac{p_x X + p_y Y}{n}$$

Der Leistung  $i$  wird entsprechend die Punktmenge  $q_i = (p_x x_i + p_y y_i) / w$  zugeordnet.

## 2 Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel, die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit anzupassen

Verändern sich im Zeitablauf die Kostenstrukturen der Arztpraxis, so muss entweder die Zahl der EBM-Punkte oder aber der Orientierungswert angepasst werden. Im Rahmen des vorliegenden Modells wird unterstellt, dass die Leistungsmenge konstant bleibt. Dies erleichtert die Darstellung; das Modell ließe sich problemlos erweitern, um auch Mengeneffekte zu berücksichtigen. Es scheint daher natürlich, auch die Gesamtzahl der EBM-Punkte konstant zu lassen. Also muss die Modifikation durch Anpassung des Orientierungswertes erfolgen. Im Folgenden werden drei konkrete Änderungen bei den Kostenstrukturen betrachtet.

**Preisanstieg bei TL-Komponente:** Angenommen wird ein Anstieg des Kostenparameters  $p_y$  um  $dp_y$ , was einer prozentualen Änderung um  $dp_y/p_y$  gleichkommt.

**Anstieg der angesetzten Kosten für ärztliche Tätigkeit:** Angenommen wird ein Anstieg des Kostenparameters  $p_x$  um  $dp_x$ , was einer prozentualen Änderung um  $dp_x/p_x$  gleichkommt.

**Produktivitätsverbesserung:** Angenommen wird eine allgemeine Verbesserung der Produktivität der Arztpraxis. Diese schließt sämtliche Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit ein, unabhängig davon, ob dies auf technische Innovation, die stärkere Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostendegression oder andere Entwicklungen zurückzuführen ist. Entscheidend ist, dass die gleiche Leistung mit geringerem durchschnittlichen Faktoreinsatz bewerkstelligt werden kann. Konkret verändert sich  $x_i$  um  $dx_i$  und  $y_i$  um  $dy_i$ . Dabei wird eine gleichmäßige Produktivitätssteigerung angenommen, die beide Faktoren und alle Leistungen gleichermaßen erfasst, so dass für alle  $i$  gilt:

$$\frac{dx_i}{x_i} = \frac{dy_i}{y_i} =: -\alpha$$

Parameter  $\alpha$  ist so definiert, dass positive Werte eine Verbesserung der Produktivität bedeuten. Zur vereinfachten Darstellung wird  $dX := \sum_i dx_i$  definiert ( $dY$  analog), das heißt es gilt auch  $dX/X = dY/Y = -\alpha$ .

Zusammengefasst: Die gleiche Leistungsmenge kann nun mit weniger Input erstellt werden, die Kosten pro Input steigen aber. Je nachdem welche Entwicklung überwiegt, wird der Gesamtaufwand für alle Leistungen entweder steigen oder fallen.

**Alter und neuer Orientierungswert** Sei  $w$  der alte und  $w'$  der neue Orientierungswert. Dann gilt:

$$w = \frac{p_x X + p_y Y}{n}$$

$$w' = \frac{(p_x + dp_x)(X + dX) + (p_y + dp_y)(Y + dY)}{n}$$

Sei  $dw = w' - w$ , dann gilt:

$$dw = \frac{1}{n} (dp_x X + dp_y Y + p_x dX + p_y dY + dp_x dX + dp_y dY)$$

$$= \frac{1}{n} \left( \frac{dp_x}{p_x} p_x X + \frac{dp_y}{p_y} p_y Y - \alpha (p_x X + p_y Y) + (dp_x dX + dp_y dY) \right)$$

Für die weitere Analyse sei  $\beta_x$  der Anteil der Gesamtkosten, der auf ärztliche Tätigkeit zurück geht (analog  $\beta_y$ ):

$$\beta_x := \frac{p_x X}{K} \quad \beta_y := \frac{p_y Y}{K}$$

Zu Bestimmung der prozentualen Veränderung des Orientierungswertes wird  $dw$  durch  $w$  geteilt:

$$\frac{dw}{w} = \frac{\frac{1}{n} \left( \frac{dp_x}{p_x} p_x X + \frac{dp_y}{p_y} p_y Y - \alpha K + (dp_x dX + dp_y dY) \right)}{\frac{K}{n}}$$

$$= \beta_x \frac{dp_x}{p_x} + \beta_y \frac{dp_y}{p_y} - \alpha + \frac{dp_x dX + dp_y dY}{K}$$

**Anpassung der Orientierungswertes** Wenn die Änderungen bei Preisen und Faktoreinsatz im Verhältnis zur Gesamtvergütung gering sind, so ist der letzte Summand klein und kann vernachlässigt werden. In dem Fall bleibt als Ergebnis für die Veränderung des Orientierungswertes folgende Formel:

$$\frac{dw}{w} \approx \underbrace{\beta_x \times \frac{dp_x}{p_x}}_{\text{AL-Anteil} \times \text{Preisanstieg AL}} + \underbrace{\beta_y \times \frac{dp_y}{p_y}}_{\text{TL-Anteil} \times \text{Preisanstieg TL}} - \underbrace{\alpha}_{\text{Anstieg Produktivität}}$$

Die Formel berechnet die Anpassung des Orientierungswertes unter der gegebenen Zielsetzung und im Rahmen des beschriebenen Modells. Dabei werden ausschließlich solche Vergütungskomponenten berücksichtigt, die mit dem Orientierungswert abgegolten werden. Für die Anwendung in der Realität gilt es insbesondere zu beachten: Wenn unabhängig vom Orientierungswert andere Vergütungskomponenten verändert werden, die die Reinerträge betreffen, so muss dies bei der Anpassung des Orientierungswertes zusätzlich berücksichtigt werden.

### 3 Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel konstanter Vergütung der Arbeitszeit (Untergrenze)

Soll sichergestellt werden, dass das Verhältnis aus Reinertrag und ärztlicher Arbeitszeit, also die Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit, konstant bleibt, so muss der ORIENTIERUNGSWERT dahingehend angepasst werden, dass Kostensteigerungen und Produktivitätsverbesserungen berücksichtigt sind.

Es seien  $Y'$  und  $X'$  die neuen Inputmengen und  $p_y'$  der neue Preis der nicht-ärztlichen Inputs. Welchen Wert muss nun der neue Orientierungswert  $w'$  annehmen, damit der Arztlohn konstant gleich  $p_x$  bleibt?

$$w' \stackrel{!}{=} \frac{p_x X' + p_y' Y'}{n}$$

Man fasse nun die Änderungen bei der technischen Komponente zusammen:  $d(p_y Y) := p_y' Y' - p_y Y$ . Dann ergeben Umformungen (analog zu Abschnitt 2), dass für die relative Änderung der Orientierungswerte gilt:

$$\frac{w' - w}{w} = \underbrace{\beta_x \frac{dX}{X}}_{\text{Anteil AL} \times \text{Änderung Arbeitszeit}} + \underbrace{\beta_y \frac{d(p_y Y)}{p_y Y}}_{\text{Anteil TL} \times \text{Änderung TL-Aufwendungen}}$$

In der Realität muss die Formel unter Umständen korrigiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Vereinbarungen existieren, die die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit beeinflussen, aber keine Anpassung des Orientierungswertes vorsehen. Werden die Ärzte bereits durch diese Anpassungen für Änderungen bei TL- und AL-Aufwendungen kompensiert, ist keine Anpassung der Orientierungswerte mehr notwendig.

#### 4 Anpassung des Orientierungswertes mit dem Ziel größtmöglicher Steigerung der Reinerträge (Obergrenze)

Sollen alle zur Verfügung stehenden Mittel für die Erhöhung der ärztlichen Entlohnung eingesetzt werden, orientiert sich die Anpassung des Orientierungswertes an der Entwicklung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel.

Sei  $E$  der Betrag, der bisher für die Vergütung ausgegeben wurde. Sei  $E' > E$  der Betrag, der nun insgesamt zur Verfügung steht. Schüttet man diesen Betrag vollständig an die Praxen aus, so folgt für den neuen Orientierungswert  $w' = E'/n$ . Das heißt, der Orientierungswert kann maximal um folgenden Prozentsatz angehoben werden:

$$\frac{w' - w}{w} = \frac{E'/n - E/n}{E/n} = \frac{dE}{E}$$

Der Orientierungswert kann also maximal in dem Maße angehoben werden, in dem die zur Verfügung stehenden Finanzmittel ansteigen.

Das Modell ist beantwortet dabei nicht die Frage, welcher genaue Betrag „zur Verfügung“ steht. Wie im Haupttext ausgeführt, bilden die zusätzlichen Einnahmen der Krankenkassen den Ausgangspunkt. Hiervon abzuziehen sind Ausgabensteigerungen in anderen Bereichen, insofern diese gegenüber der hier untersuchten Vergütung Priorität haben oder aus anderen Gründen nicht zur Verfügung stehen.