

**Antwort  
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Horst Friedrich (Bayreuth), Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 16/8108 –**

**Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland**

**Vorbemerkung der Fragesteller**

Die Unzufriedenheit über die Bedingungen, unter denen die Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen sollen, nimmt zu. Freiwerdende Arztsitze können in einigen Regionen nicht mehr besetzt werden. Viele Mediziner gehen nach dem Studium nicht dem Arztberuf in der Bundesrepublik Deutschland nach, sondern nehmen eine Tätigkeit in anderen Berufszusammenhängen oder im Ausland auf. Gerade erst haben die Hausärzte in Bayern einen Prozess in Gang gesetzt, der mit der Rückgabe der vertragsärztlichen Zulassungen enden könnte, um auf diese Weise gegen die in ihren Augen unzumutbaren Arbeitsbedingungen zu protestieren.

**Vorbemerkung der Bundesregierung**

Der Gesetzgeber hat auf die in den letzten Jahren artikulierte Unzufriedenheit der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einer Verbesserung der Rahmenbedingungen der Arbeits- und Vergütungssituationen reagiert. Die Sicherung der Attraktivität des Arztberufs insbesondere als Perspektive für die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner ist ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung. Darauf sind insbesondere die ab dem 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zur Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung sowie die Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ausgerichtet und entfalten zunehmend ihre positiven Wirkungen.

- Wie beurteilt die Bundesregierung die Arbeitssituation der Hausärztinnen und Hausärzte in den einzelnen Bundesländern?

Belastbare wissenschaftlich erhobene Daten zur Arbeitssituation der Hausärztinnen und Hausärzte in den einzelnen Ländern liegen der Bundesregierung nicht vor. Näherungsweise kann eine Einschätzung der Arbeitsbelastung aufgrund des Berichts des Bewertungsausschusses erfolgen, der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 87 Abs. 3a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) jährlich jeweils bis zum 31. Dezember vorgelegt wird.

Als Indikator für die Arbeitsbelastung wird oft die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle verwendet. Nach dem Bericht des Bewertungsausschusses ist die Zahl der abgerechneten Fälle je Hausarzt (einschließlich Kinderärzte) im 3-Jahres-Durchschnitt seit dem Jahr 2004 bis einschließlich 2006 gegenüber dem Zeitraum der Jahre 2001 bis 2003, um etwa 200 Fälle pro Jahr oder um 5,3 Prozent zurückgegangen. Dieser Rückgang verlief in den neuen Ländern mit –1,3 Prozent deutlich langsamer. Eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt rechnete im Jahr 2006 bundesweit durchschnittlich 3 458 Fälle zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ab. In den einzelnen Ländern ist die Situation sehr unterschiedlich. So rechneten beispielsweise die Hausärztinnen bzw. Hausärzte in Sachsen-Anhalt mit 4 178 die meisten Behandlungsfälle ab. Dann folgen Westfalen-Lippe mit 3 901 und Thüringen mit 3 890 Fällen. Die wenigsten Fälle rechneten die Hausärztinnen bzw. Hausärzte in Berlin mit durchschnittlich 2 800 ab.

Für eine Beurteilung des Leistungsumfangs der Hausärztinnen und Hausärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Fallzahlen nur bedingt aussagefähig, da auch der Umfang der pro Behandlungsfall abgerechneten Leistungen regional stark variiert. Sinnvoller ist deshalb, die abgerechnete Leistungsmenge je Hausarzt zu betrachten: jede Leistung wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einer bestimmten Punktzahl bewertet, das heißt, je mehr Punkte ein Vertragsarzt abrechnet, desto mehr Leistungen hat er somit erbracht. Der folgenden Übersicht ist die Leistungsmenge in EBM-Punkten je Hausärztin bzw. je Hausarzt in den einzelnen Ländern zu entnehmen.

Kassenärztliche Vereinigung	Leistungsmenge in EBM-Punkten je Hausärztin	In % Durchschnitt Bund
Bayern	4 331 719	97,2
Nord-Württemberg	4 614 932	103,5
Mecklenburg-Vorpommern	4 981 424	111,7
Saarland	4 920 656	110,4
Niedersachsen	5 084 742	114,0
Hessen	4 662 172	104,6
Süd-Württemberg	4 318 573	96,9
Rheinland-Pfalz	4 269 878	95,8
Südbaden	3 985 355	89,4
Westfalen-Lippe	4 670 423	104,8
Schleswig-Holstein	4 369 058	98,0
Brandenburg	4 440 095	99,6
Sachsen	4 554 319	102,1

<b>Kassenärztliche Vereinigung</b>	<b>Leistungsmenge in EBM-Punkten je Hausärztin</b>	<b>In % Durchschnitt Bund</b>
Nordbaden	4 210 002	94,4
Nordrhein	4 153 521	93,2
Sachsen-Anhalt	5 007 131	112,3
Bremen	4 248 689	95,3
Thüringen	4 608 498	103,4
Hamburg	3 809 116	85,4
Berlin	3 798 446	85,2
<b>Bund</b>	<b>4 458 554</b>	<b>100,0</b>
<b>neue Länder</b>	<b>4 683 537</b>	<b>105,0</b>
<b>alte Länder</b>	<b>4 416 128</b>	<b>99,0</b>

Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses; eigene Berechnungen

Aus der Übersicht ergibt sich, dass die Hausärztinnen bzw. Hausärzte in den neuen Ländern im Jahr 2006 im Durchschnitt eine um 5 Prozent höhere Leistungsmenge abgerechnet haben als die Hausärztinnen und Hausärzte im Bundesdurchschnitt. Ein deutlich überdurchschnittlich abgerechneter Leistungsumfang je Hausärztin bzw. Hausarzt ist für Niedersachsen mit einer um 14 Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegenden Leistungsmenge festzustellen. Ebenfalls einen deutlich überdurchschnittlichen Wert weisen Sachsen-Anhalt (12,3 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (11,7 Prozent) und Saarland (10,4 Prozent) auf. Deutlich unterdurchschnittliche Leistungsmengen sind demgegenüber in Berlin und Hamburg festzustellen.

2. Wie sieht die Altersverteilung der Hausärzte in den einzelnen Bundesländern aus?

Die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in den einzelnen KV-Bereichen kann der nachfolgenden Übersicht entnommen werden:

Altersgruppe	≤ 34	35 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65	> 65	gesamt
KV	Anzahl Ärzte						
Baden-Württemberg	26	409	2 249	3 068	1 068	119	6 939
Bayern	63	671	2 861	3 839	1 291	175	8 900
Berlin	9	113	753	931	542	106	2 454
Brandenburg	8	101	515	426	359	100	1 509
Bremen	1	25	163	180	57	12	438
Hamburg	9	87	428	472	198	26	1 220
Hessen	36	259	1 336	1 709	554	59	3 953
Mecklenburg-Vorpommern	16	103	399	308	253	71	1 150
Niedersachsen	41	386	1 681	2 039	701	88	4 936
Nordrhein	29	443	2 232	2 319	788	143	5 954

Altersgruppe	≤ 34	35 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65	> 65	gesamt
KV	Anzahl Ärzte						
Rheinland-Pfalz	12	163	920	1 158	339	44	2 636
Saarland	4	49	230	283	84	13	663
Sachsen	39	193	902	730	657	184	2 705
Sachsen-Anhalt	23	119	506	435	372	72	1 527
Schleswig-Holstein	13	120	564	819	350	42	1 908
Thüringen	24	109	494	414	374	124	1 539
Westfalen-Lippe	32	351	1 671	1 936	724	110	4 824
Gesamt	385	3 701	17 904	21 066	8 711	1 488	53 255

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), Bundesarztregrister zum 31. Dezember 2005

Es zeigt sich, dass insgesamt 10 199 Hausärztinnen und Hausärzte (19,2 Prozent) 60 Jahre oder älter sind. Besonders hoch ist ihr Anteil in den KVen Thüringen (32,4 Prozent), Sachsen (31,1 Prozent), Brandenburg (30,4 Prozent) und Sachsen-Anhalt (29,1 Prozent). Vergleichsweise niedrige Anteile weisen die über 59-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte dagegen in den KVen Rheinland-Pfalz (14,5 Prozent), Saarland (14,6 Prozent), Hessen (15,5 Prozent) und Nordrhein (15,6 Prozent) auf.

3. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass auf mittlere Sicht Unterversorgung zunehmend auch in den alten Bundesländern zu einem Problem wird, und aus Altersgründen frei werdende Hausarztpraxen nicht mehr überall besetzt werden können?

Unbestritten ist, dass trotz der in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt bestehenden ausreichenden Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen kurz- bis mittelfristig Versorgungsengpässe auftreten können. Um diesen effektiv zu begegnen, sind Politik und Selbstverwaltung dafür verantwortlich, die dafür notwendigen Instrumente einzusetzen. Der Gesetzgeber hat jüngst mit dem Vertragssarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Vielzahl von Maßnahmen beschlossen, mit denen Versorgungsengpässen begegnet werden kann. Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen können sich in den jeweiligen Landesausschüssen auf konkrete (auch finanzielle) Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung von Hausärztinnen und Hausärzten und zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in von Ärztemangel betroffenen Gebieten einigen. Zu nennen sind beispielsweise Vergütungszuschläge, Investitionspauschalen bei Praxisneugründungen und Praxisübernahmen, Förderung des Betriebs von Zweigpraxen, Förderung der Hausärzte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

4. Welche Auswirkungen erwartet die Bundesregierung aufgrund der Kombination von Gesundheitsfonds, bundesweit einheitlichen Beitragssatz und starker bundesweiter Prägung der ärztlichen Vergütung auf die Finanzsituation der Ärzte und die Versorgungssituation der Patienten in den einzelnen Bundesländern?

Die Krankenkassen werden ab 2009 vom Gesundheitsfonds Zuweisungen erhalten, mit denen sie ihre laufenden Ausgaben decken sollen. Im Startjahr des Gesundheitsfonds wird der einheitliche Beitragssatz so festgestellt werden, dass die daraus resultierenden Einnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss die voraussichtlichen Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt decken werden. Die Frage, in welcher Höhe die einzelnen Krankenkassen im Jahr 2009 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, lässt sich erst im Herbst 2008 beantworten. Erst dann liegen die notwendigen Daten der Krankenkassen vor und können die voraussichtlichen Einnahmen und die voraussichtlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 geschätzt werden.

Prognosen der Honorarentwicklungen in den einzelnen Ländern stellt die Bundesregierung derzeit nicht an. Maßgebliche Parameter der Entwicklung des vertragsärztlichen Vergütungsvolumens werden erst im Laufe des Jahres 2008 bestimmt, wie insbesondere der für das Jahr 2009 maßgebliche Orientierungswert (§ 87c Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)), der darauf anzuwendende regionale Zu- bzw. Abschlag zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur (§ 87a Abs. 1 SGB V) sowie die anzuwendende geschätzte bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr (§ 87c Abs. 3 Satz 3 SGB V). Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Beschlüsse und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung in den einzelnen Ländern, mit denen die Honorarreform umgesetzt wird, generell zu gewährleisten haben, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist (§§ 70, 72, 87a Abs. 1 Satz 5 SGB V). Die gesetzlichen Vorgaben für die notwendigen Beschlüsse und Vereinbarungen der Selbstverwaltung sind insgesamt so ausgestaltet, dass die Chancen auf mehr Honorar für die Vertragsärzte ab dem Jahr 2009 so gut sind, wie seit vielen Jahren nicht mehr.

5. Wie hoch ist das Einkommen der Hausärzte aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern in den einzelnen Bundesländern?

Angaben zur Einkommenssituation der Hausärzte (Praxisüberschuss) aus vertragsärztlicher Tätigkeit nach einzelnen Ländern im Jahr 2006 lassen sich auf Grundlage des Berichts des Bewertungsausschusses machen. Hierzu sind die Kosten der hausärztlichen Praxen (Betriebsausgaben) jeweils nach Arztgruppen zu berücksichtigen. Der jeweilige Kostenanteil am Praxisumsatz beträgt nach dem Bericht des Bewertungsausschusses für Allgemeinärzte 53,3 Prozent, für hausärztliche Internisten 55,9 Prozent und für Kinderärzte 53,5 Prozent. Der jeweilige Kostenanteil liegt nur als bundesweit einheitlicher Wert vor. Daraus ergeben sich folgende Praxisüberschüsse:

Kassenärztliche Vereinigung	Überschuss je Hausarzt <sup>1</sup> in Euro 2006	Überschuss je Kinderarzt in Euro 2006
Bayern	93 752	95 980
Nord-Württemberg	91 218	95 028
Niedersachsen	87 137	91 518
Saarland	88 527	89 898
Mecklenburg-Vorpommern	86 974	75 129
Brandenburg	81 817	70 022
Hessen	85 976	94 782
Süd-Württemberg	85 911	90 593
Sachsen-Anhalt	79 696	70 895
Sachsen	81 163	77 719
Nordbaden	80 399	80 594
Südbaden	81 582	88 221
Westfalen-Lippe	80 118	92 125
Rheinland-Pfalz	83 044	89 093
Schleswig-Holstein	80 009	81 916
Nordrhein	76 968	90 762
Thüringen	74 029	73 124
Bremen	74 505	81 116
Hamburg	64 107	88 298
Berlin	63 426	74 942
<b>Bund</b>	<b>83 015</b>	<b>87 000</b>
<b>neue Länder</b>	<b>80 494</b>	<b>74 190</b>
<b>alte Länder</b>	<b>83 486</b>	<b>89 924</b>

<sup>1</sup> Gewichtetes arithmetisches Mittel aus dem separat ermittelten Praxisüberschuss je Allgemeinarzt/praktischer Arzt sowie dem Praxisüberschuss je hausärztlich tätiger Internist

Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses; eigene Berechnungen

Diese Berechnungen zeigen, dass der durchschnittliche Praxisüberschuss je Hausärztin bzw. Hausarzt (ohne Kinderärzte) im Jahr 2006 aus vertragsärztlicher Tätigkeit 83 015 Euro betrug. In den neuen Ländern erreicht der Praxisüberschuss 96,4 Prozent des Wertes in den alten Ländern.

6. Hält die Bundesregierung diese Einkommen für geeignet, eine gute gesundheitliche Versorgung der GKV-Patienten sicherzustellen?

Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Einkommenshöhe der Hausärztinnen und Hausärzte im Hinblick auf eine gute gesundheitliche Versorgung der GKV-Versicherten sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt an die Hausärztinnen und Hausärzte (einschließlich Kinderärzte) bundesweit ausgezahlten Honorarsummen sind zwischen 1999 und 2006 um ca. 880 Mio. Euro bzw. 9,1 Prozent gestiegen. Die je Versicherten ausgezahlten Honorarsummen für die hausärztliche Versorgung stiegen in diesem Zeitraum um 10,6 Prozent.
- Bei den Hausärztinnen und Hausärzten sind diese zusätzlichen Mittel angekommen: Von 1999 bis 2006 ist der durchschnittliche GKV-Umsatz je Hausarzt in den neuen Ländern um 35 170 Euro bzw. um 25,3 Prozent gestiegen und in den alten Ländern um 12 421 Euro bzw. um 7,3 Prozent. Der durchschnittliche GKV-Überschuss je Hausarzt ist in diesem Zeitraum in den neuen Ländern um 18 981 Euro bzw. um 31,4 Prozent und in den alten Ländern um 9 724 Euro bzw. um 13,1 Prozent gestiegen.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte erzielten im bundesweiten Vergleich ähnlich hohe GKV-Überschüsse wie die Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte und deutlich höhere GKV-Überschüsse als die Chirurgen, Psychiater und Hautärzte. Deutlich höhere GKV-Überschüsse erzielen allerdings fachärztlich tätige Internisten, Augenärzte und Radiologen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass die o. a. Einkommensdaten die realen Einkommen der Ärztinnen und Ärzte unterschätzen, da diese neben ihren Honoraren aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit zusätzliche Einnahmen aus Selektivverträgen mit Krankenkassen (beispielsweise aus Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung oder Verträgen der integrierten Versorgung) sowie aus privatärztlicher Tätigkeit erzielen. Diese zusätzlichen Einnahmen können bis zu einem Drittel des Gesamtumsatzes einer Arztpraxis ausmachen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte sowie vor dem Hintergrund der jüngsten gesetzlichen Maßnahmen, mit denen die Chancen aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf zusätzliche Honorare wesentlich verbessert worden sind, sieht die Bundesregierung derzeit keinen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung den Kompromiss zum neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab der Ärzte (EBM) insbesondere im Hinblick auf die Situation der Hausärztinnen und Hausärzte?

Der Gesetzgeber hat dem Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben einen großen Handlungs- und Beurteilungsspielraum eingeräumt, der nur insofern eingegrenzt ist, als der Bewertungsausschuss keine willkürlichen, unter keinem Gesichtspunkt sachgerechten Regelungen treffen darf. Das BMG ist nicht befugt, auf Beschlüsse des Bewertungsausschusses einzuwirken, sofern die gesetzlichen Vorgaben beachtet werden. Durch die zum 1. Januar 2008 in Kraft getretene EBM-Reform sind die Vorgaben aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gesetzeskonform umgesetzt worden: Die Hausärzte werden zukünftig vor allem durch Versichertenauszahlungen vergütet, die nach drei Altersgruppen differenziert werden.

Durch Anpassung einiger dem EBM zugrunde liegenden Kalkulationsgrößen werden die EBM-Leistungen insgesamt höher bewertet als in dem vor dem 1. Januar 2008 geltenden EBM: So wurde der kalkulatorische Arztlohn um rd.

10 Prozent erhöht und die Mehrwertsteuererhöhung wurde bei den Praxiskosten berücksichtigt. Der neu beschlossene EBM beinhaltet somit keine generelle Abwertung von hausärztlichen Leistungen, sondern führt im Gegenteil zu einer Höherbewertung der Leistungen.

Zu beachten ist zudem, dass der Hausarzt für die Behandlung chronisch erkrankter Versicherter, bei denen mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal stattfinden, einen Zuschlag zur Versichertenpauschale abrechnen kann. Ärzte, die besonders viele chronisch Kranke behandeln, erhalten dadurch insgesamt eine höhere Vergütung. Eine weitere leistungsgerechte Differenzierung der Vergütung ergibt sich dadurch, dass Hausärzte nach wie vor einige Einzelleistungen abrechnen können. Zu diesen besonders förderungswürdigen Leistungen gehören beispielsweise die hausärztlichen Hausbesuche, das hausärztlich-geriatrische Basisassessment sowie einige technische Leistungen (beispielsweise Langzeit-Blutdruckmessung, Auswertung Langzeit-EKG).

8. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Belastung der Ärztinnen und Ärzte durch bürokratische Vorschriften z. B. bei den Dokumentationspflichten, den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und den Abrechnungen zu reduzieren, und ist sie bereit, einen entsprechenden Abbau durch die notwendigen gesetzgeberischen Maßnahmen sicherzustellen?

Die durch gesetzliche Regelungen umzusetzenden Beschlüsse der unter Federführung des BMG im Jahr 2005 eingerichteten und mit praxiserfahrenen Vertretern der Ärzteschaft sowie Vertretern der maßgeblichen Selbstverwaltungsorganisationen auf Bundesebene besetzten Arbeitsgruppe „Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ sind inzwischen weitestgehend in Kraft getreten. So sind beispielsweise alle Beschlüsse, die sich mit den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) befassten, seit dem 1. April 2007 in Kraft. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind weitestgehend zum 1. Januar 2008 in Kraft getreten. Ferner war im Jahr 2006 vereinbart worden, die Zahl der in den Arztpraxen verwendeten Formulare zu verringern und die Gestaltung der Formulare zu vereinfachen. Die Veränderung des Formularwesens ist eine Angelegenheit der gemeinsamen Selbstverwaltung, die hierüber dem BMG berichtet. Das BMG beabsichtigt, mit der Selbstverwaltung über die Ergebnisse zeitnah zu sprechen. Danach wird zu entscheiden sein, ob es weiteren Handlungsbedarf gibt.

9. Wie beurteilt die Bundesregierung den Aufruf des bayerischen Hausärztekörpers, dass die bayerischen Hausärzte ihre Kassenzulassung zurückgeben sollen, um deutlich zu machen, dass sie unter den gegebenen Arbeitsbedingungen nicht länger patientenorientiert arbeiten können?

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG zahlreiche Regelungen eingeführt, von denen Hausärzte profitieren und die auch zur Lösung des von den bayrischen Hausärzten diskutierten Problems einer alternden Bevölkerung beitragen:

- Seit 2007 greifen Regelungen, durch welche insbesondere Hausärzte in strukturschwachen Regionen gezielt finanziell gefördert werden können: Ärzte in Gebieten, die unversorgt sind oder wo Unterversorgung droht, können nun leichter Zuschläge zu ihren Vergütungen erhalten. Diese sog. Sicherstellungszuschläge werden zu 100 Prozent von den Krankenkassen finanziert. Ab dem 1. Januar 2010 ist ein entsprechendes Anreizsystem in der Euro-Gebührenordnung vorgesehen.

- Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten ein Vertragsangebot zur hausarztzentrierten Versorgung in Kombination mit speziellen Hausarzttarifen machen. Bei dieser speziellen Versorgung kann von der Regelversorgung abgewichen oder darüber hinausgegangen werden. Hausärzte können einzeln oder als Gemeinschaften Vertragspartner sein; eine KV-Beteiligung ist nicht obligatorisch. In jedem Fall können sich aus den Verträgen zusätzliche (Honorar)chancen für die daran beteiligten Hausärzte ergeben.
- Mit der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 werden die bisherigen Budgets abgelöst und das sog. Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen. Die Kassen müssen danach mehr Geld bereitstellen, wenn der Behandlungsbedarf der Versicherten (beispielsweise in Folge der Alterung der Bevölkerung) ansteigt oder wenn Leistungen aus den Krankenhäusern in die Arztpraxen verlagert werden. Die Kassen vergüten zudem den Kostenanstieg der Praxen, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann. Die erforderlichen Honoraranpassungen werden jährlich verhandelt. Anders als heute gibt es dabei keine Begrenzung der maximal möglichen Honorarsteigerungen, d. h. die Honorare werden nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität „gedeckelt“.

Die Daten in den Antworten zu den Fragen 1 und 5 zeigen vielmehr, dass Hausärzte in Bayern im Bundesvergleich überdurchschnittliche Vergütungen erzielen bei gleichzeitig leicht unterdurchschnittlicher Arbeitsbelastung. So lag der durchschnittliche GKV-Überschuss der Hausärzte (ohne Kinderärzte) im Jahr 2006 in Bayern höher als in jeder anderen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Ärzte in Bayern verdienten im Schnitt über 10 Prozent mehr als die Hausärzte im Schnitt der alten Länder.

Auch die Einkommensentwicklung der bayrischen Hausärzte im Zeitablauf verlief überdurchschnittlich günstig: So stieg der Umsatz je Hausarzt in Bayern von 1999 bis 2006 um über 35 000 Euro bzw. 25 v. H. Im gleichen Zeitraum stiegen die Umsätze der Hausärzte im Bundesdurchschnitt nur um 16 500 Euro bzw. rd. 10 v. H. Auch die Umsätze aller Ärzte (inkl. Psychotherapeuten) in Bayern stiegen im Schnitt nicht so deutlich wie die der Hausärzte (Anstieg hier „nur“ um 27 144 Euro bzw. 16,4 v. H.).

Auch hinsichtlich der Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich steht Bayern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auf Basis einer Veröffentlichung des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen aus dem Jahr 2007 relativ gut da: Von den 79 Planungsbereichen in Bayern weisen 68 Planungsbereiche (86 Prozent aller Planungsbereiche) einen Versorgungsgrad von mind. 100 Prozent, 30 dieser Planungsbereiche (40 Prozent aller Planungsbereiche) einen Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent (Überversorgung) auf. Daneben gibt es 11 Planungsbereiche (14 Prozent aller Planungsbereiche), die einen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent aufweisen. In 10 dieser 11 Planungsbereiche (12,7 Prozent aller Planungsbereiche) liegt der Versorgungsgrad zwischen 90 Prozent und 100 Prozent, in einem Planungsbereich (1,3 Prozent aller Planungsbereiche) zwischen 75 Prozent und 90 Prozent. Es gibt also keinen Planungsbereich, der unversorgt ist (Versorgungsgrad unter 75 Prozent). Die vorliegenden Daten lassen im Übrigen kaum einen „Ärzteschwund“ unter den bayerischen Hausärzten erwarten. Bei gemeinsamer Betrachtung der Zu- und Abgänge in den Jahren 2004 und 2005 wird deutlich, dass bundesweit die Zahl der Abgänge durch die Zugänge im hausärztlichen Bereich übertroffen wird, so dass von einem insgesamt positiven Saldo gesprochen werden kann. Dieser Saldo fällt in den verschiedenen KV Bereichen unterschiedlich aus. Für Bayern allerdings kann der bundesweit höchste positive Saldo (+115) festgestellt werden. Bayern ist also offenbar ein KV Bereich, der für die hausärztliche Niederlassung besonders attraktiv ist.





