



PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg

Beitrag der Privatversicherten
zur ärztlichen Versorgung in den Regionen

Sidonie Schulz
Frank Schulze Ehling





Verband der Privaten
Krankenversicherung



PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg

Beitrag der Privatversicherten
zur ärztlichen Versorgung in den Regionen

Sidonie Schulz
Frank Schulze Ehring

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 - 0

Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Telefon: (030) 20 45 89-20

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

November 2020

ISBN 978-3-9820833-4-6

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Kartenverzeichnis	5
1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“	6
1.1 Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung	6
1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik	8
2 Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	10
2.1 Bundesland Baden-Württemberg	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Baden-Württemberg	11
2.2.1 Strukturdaten	11
2.2.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze	13
2.2.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	15
2.3 Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg	16
2.3.1 Strukturdaten	17
2.3.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze	18
2.3.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	19
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	21
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	21
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	22
3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	26
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	30
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	30
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	32
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	33
5 Rangordnungen und Rankings	35
5.1 Ranking nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen	35
5.2 Ranking nach Ankerregionen	37
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	40
Anhang	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Baden-Württemberg	
Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	11
Tabelle 2: Strukturdaten	
Kreisfreie Städte und Landkreise in Baden-Württemberg.....	12
Tabelle 3: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	14
Tabelle 4: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	15
Tabelle 5: Strukturdaten	
Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg	18
Tabelle 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze ¹ in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	19
Tabelle 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil).....	20
Tabelle 8: Gesamtkosten-Index	
Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes).....	25
Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)	27
Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung	
Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Baden-Württemberg).....	31
Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung	
Altersadjustierte Realwert-Analyse (Baden-Württemberg)	32
Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse	
Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?	34
Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	35
Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	37
Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	38

Kartenverzeichnis

Abbildung 1: Ambulante Ärztedichte nach Landkreisen und kreisfreien Städten	50
Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte nach Raumordnungsregionen	51
Abbildung 3: PKV-Marktanteil nach Landkreisen und kreisfreien Städten	52
Abbildung 4: PKV-Marktanteil nach Raumordnungsregionen.....	53
Abbildung 5: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten	54
Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Raumordnungsregionen	55
Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	56
Abbildung 8: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	57
Abbildung 9: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	58
Abbildung 10: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	59
Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Ankerregion Karlsruhe und Neckar-Odenwald-Kreis im Vergleich	60
Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Metropolregion Stuttgart und Landkreis Schwäbisch-Hall im Vergleich	60
Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Ankerregion Haidelberg-Mannheim und Landkreis Main-Tauber im Vergleich	61
Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Metropolregion Stuttgart und Landkreis Waldshut im Vergleich	61
Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Stadt und Land im Vergleich	62
Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Stadt und Land im Vergleich	62

1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“

Das Ziel der regionalen „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ ist in Deutschland in der Kommunal-, Landes- und Bundespolitik allgegenwärtig. In den Grundsatzprogrammen aller großen politischen Parteien ist die „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ – ausgesprochen oder unausgesprochen – fest verankert. Die SPD erklärt in ihrem Grundsatzprogramm die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zum Leitbild ihres politischen Handelns.¹ Bei der CDU heißt es, dass der Staat für das Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in allen Teilen Deutschlands Mindeststandards wahren muss.² Folgerichtig bekennen sich die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD in vielerlei Hinsicht zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse als gesamtdeutsche Aufgabe.³ Der rechtliche Bezugspunkt ist dabei jeweils der Artikel 72 des Grundgesetzes. Dort ist von der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ die Rede.⁴ Enger gefasst wird diese verfassungsrechtliche Norm im Raumordnungsgesetz (ROG). Als Grundsätze der Raumordnung wird hier die Sicherstellung der Daseinsvorsorge, die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und die Ausgewogenheit der Wirtschaftsstruktur genannt (§ 2 Abs. 2 ROG).⁵

Voraussetzung für die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist die Gleichwertigkeit der Infrastruktur in den Regionen. Zur regionalen Infrastruktur gehört im Allgemeinen – ohne Anspruch auf Vollzähligkeit – die Wasser- und Elektrizitätsversorgung, die Digital- und Netzstruktur, die Verkehrsanbindung, die Daseinsvorsorge im Bereich Bildung und soziale Sicherung, „lebenswerte“ Umweltfaktoren sowie die Bereitstellung der medizinischen Versorgung. All diese Bereiche der Infrastruktur sind Parameter der (kommunalen) Standortpolitik. Sie entscheiden über Standortqualitäten, über die Wettbewerbsfähigkeit bestehender und neu gegründeter Unternehmen, über die Attraktivität für (junge) Fachkräfte und damit über die Entwicklung und Zukunftschancen von Regionen.

Mit Blick auf das Ziel der regionalen „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ stehen alle Teilbereiche der Infrastruktur in sehr unterschiedlichen Regionen vor sehr unterschiedlichen Herausforderungen. Das gilt auch für das infrastrukturelle Angebot der Gesundheitsversorgung. Vor allem in ländlichen Regionen wird die Sicherstellung der medizinischen Versorgung als zunehmend problematisch wahrgenommen. Verliert die Gesundheitsversorgung (nicht nur auf dem Land) in Quantität und Qualität ihre Tragfähigkeit, kann das – zusammen mit anderen standortpolitischen Parametern – die Lebensbedingungen vor Ort verschlechtern und zu Standortnachteilen bis hin zu „abgehängten“ Regionen führen. Im Kern läuft es dabei auf die einfache Kausalität hinaus, dass es in den Regionen ohne eine gute allgemein- und fachärztliche Versorgung keine wettbewerbsfähigen Familienbetriebe, keine Mittelständler und auch keine „Weltmarktführer“ geben kann. Denn wo es kein Krankenhaus und keinen Kinderarzt gibt, dort lassen sich auch keine jungen Ingenieure mit ihren Familien nieder. Ein Mangelangebot im Bereich der medizinischen Infrastruktur kann so schnell und substantiell die deutsche Besonderheit der regionalen „hidden champions“ gefährden.

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung

Mit dem Ziel der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ rückt die Sicherung der Gesundheitsversorgung in das Blickfeld der Wirtschafts-, Gesundheits- und Regionalpolitik. Dabei sind die Voraussetzungen für Deutschland insgesamt als gut bis nahezu sehr gut zu betrachten. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland gehört zu

1 Vgl. Grundsatzprogramm der SPD (2015), Hamburger Programm, S. 35.

2 Vgl. Grundsatzprogramm der CDU (2007), Freiheit und Sicherheit, S. 13, 19 & 73.

3 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018), S. 4, 16, 24, 60, 84, 109 & 163.

4 Im Artikel 72, Absatz 2, Grundgesetz (GG) heißt es: „Auf den Gebieten des Artikels 74 [...] hat der Bund das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.“

5 Vgl. Bardt, H.; Klös, H.-P.; Kochskämper, S.; Voigtländer, M. (2019), Ein normativer Rahmen für die Regionalpolitik – Mindeststandards und Wachstumsimpulse, S. 38 f., in: Hüther, M.; Südekum, J.; Voigtländer, M. (Hrsg.), Die Zukunft der Regionen in Deutschland: Zwischen Vielfalt und Gleichwertigkeit, Institut der Deutschen Wirtschaft (IW).

den besten weltweit. Das deutsche Gesundheitssystem bietet den Versicherten die im europäischen Vergleich kürzesten Wartezeiten, einen schnellen Zugang zu innovativen Arzneimitteln, eine freie Arztwahl sowie einen umfangreichen Leistungskatalog.⁶ Zudem profitieren die Patienten von einer modernen medizinischen Infrastruktur und einer vergleichsweise hohen Ärztedichte.

Trotz des im internationalen Vergleich hohen Niveaus des Gesundheitssystems sind regionale medizinische Versorgungsentpässe unbestritten. In der gesundheitspolitischen Diskussion ist in diesem Zusammenhang immer wieder von einer offenkundigen Schieflage, einem sichtbaren „Stadt-Land-Gefälle“ die Rede, wenn zum Beispiel nach Lösungen gesucht wird, um dem Ärztemangel als „Gesicht“ nicht gleichwertiger Lebensverhältnisse zu begegnen. Der Ärztemangel auf dem Land wird unter anderem auf das Niederlassungsverhalten der Ärzte zurückgeführt. Ein wesentlicher Einflussfaktor für die Niederlassungsentscheidung seien dabei – so eine häufig zu hörende These – finanzielle Anreize oder Fehlanreize, die zum Beispiel von Vergütungssystemen, Honorarordnungen und Gebührenordnungen ausgehen.

Zu den Vergütungssystemen in Deutschland gehören unter anderem der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ärzte rechnen Leistungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Basis des EBM und Leistungen für Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf Grundlage der GOÄ ab. Beide Vergütungssysteme unterscheiden sich sowohl in Bezug auf die Vergütungshöhe als auch auf die Abrechnungsarithmetik. Im Ergebnis kann eine medizinische Behandlung zu einer unterschiedlichen Vergütung führen, je nach Art des Versicherungsschutzes des Patienten. In der Regel ist dabei von einer höheren Vergütung im System der PKV auszugehen.

Zur Quantifizierung der Vergütungsunterschiede zwischen GKV und PKV können die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Mehrumsatz handelt es sich um die zusätzlichen Finanzmittel, die nicht nur bei den Ärzten, sondern bei allen Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Den Hintergrund für den Mehrumsatz bildet ein komplexes Gebilde an PKV-GKV-Unterschieden in der monetären Bewertung von Leistungen, im Leistungsumfang und in den Mechanismen zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) weist den Mehrumsatz der Privatversicherten bereits seit 2006 aus. Aktuell liegen diese Mehrumsätze in Deutschland über alle Leistungsbereiche hinweg bei über 12 Mrd. € jährlich.⁷ Dieser Betrag ginge dem Gesundheitssystem verloren, wenn die Private Krankenversicherung in Vergütungshöhe und Honorararithmetik an das System der GKV angeglichen würde.

Mit Hilfe der Mehrumsätze der Privatpatienten können Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in gut ausgebildetes Personal investieren. In der gesundheitsökonomischen Literatur ist dieser Tatbestand überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel ... die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁸ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnter“ sei.⁹

Dennoch ist – wenn vom überproportionalen Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Versorgung in Deutschland die Rede ist – Kritik nicht weit: Die Existenz von Privatversicherten widerspräche dem Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse. Privatversicherte seien ungleich verteilt. Die Private Krankenversicherung wäre auf dem Land „nicht vorhanden“.¹⁰ Nur die Ballungszentren würden von den Mehrumsätzen als überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren. Regionen,

6 Vgl. dazu Finkenstädt, V. (2017), Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – ein europäischer Überblick.

7 Vgl. Hagemeister, S., Wild, f. (2018), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV; Hagemeister, S., Wild, f. (2020), Mehrumsatz von PKV-Versicherten, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

8 Vgl. Wasem (2018), Die Versorgungswirklichkeit ist nicht schwarz/weiß – Gesetzliche und private Krankenversicherung in der Versorgung; in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Band 67, Heft 1. S. 48 f.

9 Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?, S. 7 f.

10 Vgl. Straub, C. (2018) für die Barmer GEK, Euroforum-Konferenz PKV aktuell & digital, Berlin 28.8.2018.

„die es nötig hätten“, gingen leer aus.¹¹ Deshalb seien „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“.¹² Infolgedessen würden vereinzelte Privatversicherte im ländlichen Raum eine fast ausschließlich von der GKV sichergestellte und finanzierte medizinische Versorgungsstruktur unentgeltlich nutzen. Deshalb sei gegebenenfalls in wirtschaftsschwächeren Gebieten – wie zum Beispiel dem Bayerischen Wald oder der Uckermark – für die Behandlung von Privatversicherten eine „Netzgebühr“ zu fordern.¹³

Die Kritik mündet häufig in der politischen These, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land und damit für die regionale „Ungleichwertigkeit“ der Lebensverhältnisse zumindest im Bereich der medizinischen Versorgung verantwortlich sei. Unter anderem vertreten SPD und Grüne regelmäßig die Position, dass es die meisten Ärzte dorthin ziehe, wo es viele Privatversicherte gibt. Und das sei vornehmlich in den Metropolen der Fall.¹⁴ Als vermeintlicher Beweis für diesen Zusammenhang werden oftmals Deutschlandkarten zur regionalen Ärztedichte und zum Regionalanteil der Privatversicherten zueinander in Beziehung gesetzt.¹⁵ Dabei werden Korrelationen zwischen diesen beiden Merkmalen skizziert. Signifikante kausale Zusammenhänge zwischen Ärzte- und Privatpatientendichte lassen sich dagegen wissenschaftlich nicht ableiten, sondern werden vom Betrachter entsprechender Visualisierungen zum Beispiel unter der Überschrift „Geld zieht Ärzte an“ im Kopf gedanklich hergestellt.¹⁶ Dabei ist zu beobachten, dass bei derartigen Vergleichen sowohl in der Politik als auch in der öffentlichen Diskussion nicht immer trennscharf zwischen Korrelation und Kausalität unterschieden wird.

1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik

Die Kritik an der vermeintlich ungleichen Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung in den Regionen und der damit mutmaßlich einhergehenden Mit-Verantwortlichkeit für die regionale „Ungleichwertigkeit“ der Lebensverhältnisse in Deutschland steht im politischen Raum, ohne dass es belastbare statistische Belege gibt. Hier schließt der PKV-Deutschlandatlas an. Der PKV-Deutschlandatlas legt Analysen zur Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in den Regionen vor. Auf Basis der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, Vorarbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) nimmt der PKV-Deutschlandatlas eine umfassende Auswertung der regionalen Verteilung von Mehrumsätzen unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums vor.

Für die Auswertung der Bedeutung der Privatpatienten für die regionale medizinische Infrastruktur ist es sinnvoll, eine zielgerichtete und zugleich praktikable Auswahl von Raumeinheiten zu finden. Im PKV-Deutschlandatlas wird das durch die Verwendung der Raumeinheiten „Bundesländer“, „Landkreise“ beziehungsweise „kreisfreie Städte“ sowie „Raumordnungsregionen“ sichergestellt. Die Auswertung von räumlich feineren Daten ist dagegen methodisch nicht sinnvoll und darüber hinaus aus Datenschutzgründen auch nicht möglich.

Landkreise und kreisfreie Städte sind bekannte, nicht zu erläuternde Gebietskörperschaften. Die sogenannten Raumordnungsregionen sind dagegen relativ unbekannt. Die 96 Raumordnungsregionen in Deutschland stellen ein Beobachtungs- und Analyseraster des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) dar. Sie berücksichtigen fast immer die Grenzen der Bundesländer¹⁷ und setzen sich aus mehreren kreisfreien Städten und/oder Landkreisen zusammen. Dabei wird in der Regel eine größere kreisfreie Stadt mit den sie umgebenden Landkreisen zu einer Raumordnungsregion zusammengefasst. Grundlage sind die regionalen

11 Vgl. zum Beispiel Etgeton, S. (2018), Tweet vom 24.8.2018.

12 Vgl. Straub, C. (2018) für die Barmer GEK, Euroforum-Konferenz PKV aktuell & digital, Berlin 28.8.2018.

13 Vgl. zum Beispiel Passauer Neue Presse (2013), 27.7.2013, S. 5.

14 Vgl. Lauterbach, K. (2019), Saarbrücker Zeitung 15.5.2019.

15 Vgl. dazu u. a. das Kartenmaterial von Sundmacher, L.; Ozegowski, S. (2015), Ziehen Privatpatienten Ärzte an?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/13, 16. Jahrgang, S. 33 und 34.

16 Vgl. www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis.

17 Eine Ausnahme von der länderscharfen Abgrenzung bildet die Raumordnungsregion Bremerhaven, die neben der Stadt Bremerhaven (Freie Hansestadt Bremen) auch die niedersächsischen Landkreise Cuxhaven und Wesermarsch umfasst.

wirtschaftlichen und soziodemografischen Strukturverflechtungen. Im Ergebnis berücksichtigt die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen, dass Städte und verstädterte Kreise zum Beispiel bei der ärztlichen Versorgung der Einwohner eine Mitversorgungsfunktion für das (ländliche) Umland erfüllen.

Die Bedeutung der durch Privatversicherte ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in den Bundesländern, Raumordnungsregionen, Städten und Landkreisen hängt unmittelbar oder mittelbar insbesondere von der Zahl der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten, vom Durchschnittsalter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten sowie vom Nominal- beziehungsweise Realwert¹⁸ der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätzen ab. Folgerichtig wird im PKV-Deutschlandatlas – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind i. d. R. jünger“) und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer („Mehrumsätze in der Stadt sind i. d. R. real weniger wert“) – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Auswertung der regionalen Mehrumsätze vorgenommen. Im Ergebnis werden im PKV-Deutschlandatlas Verzerrungen durch regionale Alters- und Kostenunterschiede weitestgehend vermieden.

Der PKV-Deutschlandatlas setzt sich aus mehreren Regionalatlanten zusammen. Die Regionalatlanten orientieren sich in der Regel an den Grenzen der Flächen-Bundesländer. Um zweckmäßige Größenordnungen zu gewährleisten, werden dabei kleinere Bundesländer zusammengefasst. Stadtstaaten wie zum Beispiel Berlin und Bremen sind anliegenden Flächenländern zugeordnet. Als Teilbericht liegt hier der Regionalatlas Baden-Württemberg vor.

In Baden-Württemberg leben rund 11 Mio. Menschen. Das Bundesland erstreckt sich auf rund 35.750 Quadratkilometern. In Baden-Württemberg gibt es sowohl urbane Ballungsgebiete als auch zahlreiche ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Baden-Württemberg ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von Privatpatienten und der mit den Privatpatienten in Baden-Württemberg einhergehenden altersadjustierten Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Baden-Württemberg nicht nur auf eine Mehrumsatzdarstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahlin den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten mit den von ihnen ausgelösten Mehrumsätzen wo in Baden-Württemberg welchen absoluten und relativen finanziellen Nominal- und Realbeitrag zur medizinischen Versorgung leisten.

¹⁸ Der Realwert ist ein um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Nominalwert.

2 Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil

Die Anteile der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern, Raumordnungsregionen, Städten und Landkreisen stellen einen ersten Schritt dar, sich der regionalen Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung zu nähern. Sundmacher & Ozegowski (2015) haben die regionalen PKV-Marktanteile je Landkreis und kreisfreie Stadt als Differenz zwischen der Bevölkerungszahl und der Zahl der GKV-Versicherten geschätzt. Aufgrund mangelnder Datenqualität mussten dabei 94 Landkreise und kreisfreie Städte – also fast $\frac{1}{4}$ der Datensätze – aus der quantitativen Analyse ausgeschlossen werden.¹⁹

Den Statistiken des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) lässt sich dagegen die Verteilung der Privatversicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten entnehmen. Diese regionale Verteilung der Privatversicherten bildet im Folgenden die Grundlage, um die regionale Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in Baden-Württemberg insgesamt (Abschnitt 2.1), in den baden-württembergischen Landkreisen und kreisfreien Städten (Abschnitt 2.2) sowie in den in Baden-Württemberg liegenden Raumordnungsregionen (Abschnitt 2.3) zu quantifizieren. Dabei sind die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Größen stets (zunächst) als Nominalwerte, also noch ohne Berücksichtigung regionaler Kosten- und Preisunterschiede, zu betrachten.

2.1 Bundesland Baden-Württemberg

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren zum 31.12.2017 insgesamt 8.753.400 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,6 %.²⁰ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall über 1,3 Mio. Menschen die medizinische Infrastruktur in Baden-Württemberg. Damit sind in Baden-Württemberg 12,0 % der Bevölkerung privatversichert.²¹

Die Privatversicherten in Baden-Württemberg lösen Mehrumsätze aus. Die Mehrumsätze, die bei den medizinischen Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, summieren sich in Baden-Württemberg auf 1,81 Mrd. € jährlich. Die medizinische Infrastruktur in Baden-Württemberg profitiert allerdings nur von denjenigen Mehrumsätzen, die man typischerweise auf wohnorts- oder arbeitsplatznahe medizinische Dienstleistungen beziehungsweise Leistungserbringer zurückführen kann. Das sind in der Regel ambulante ärztliche Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen und Leistungen der Heilmittelerbringer sowie Leistungen der Heilpraktiker und Apotheken. Erlöse aus dem Hilfs-, Verbands- und Arzneimittelbereich (Ausnahme: Apotheken) lassen sich dagegen weniger gut regional verortet zuordnen.

Im Ergebnis betragen – bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten in Baden-Württemberg – die von Privatpatienten ausgelösten, in der medizinischen Infrastruktur der Regionen verbleibenden Mehrumsätze in Baden-Württemberg rund 1,64 Mrd. € jährlich. Das entspricht je Einwohner in Baden-Württemberg rund 150 €. ²² Von den in Baden-Württemberg rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 1,64 Mrd. € lassen sich 921 Millionen € auf die ambulante ärztliche Versorgung²³ zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich

19 Vgl. Sundmacher, L.; Ozegowski, S. (2015), Ziehen Privatpatienten Ärzte an?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/13, 16. Jahrgang?, S. 32 ff.

20 In der PKV waren zum 31.12.2017 rund 8.753.400 Menschen krankenvollversichert. Davon leben rund 60.000 Privatversicherte im Ausland. Als „Pendler“ (u. a. Arbeitsplatzpendler) vor allem aus dem benachbarten Ausland nutzen diese in der Regel die medizinische Infrastruktur in Deutschland. Dementsprechend wird im vorliegenden PKV-Deutschlandatlas vereinfachend davon ausgegangen, dass – bei einer Bevölkerung von 82,7 Mio. (Statistisches Bundesamt, Stand: 30.6.2017) – der Marktanteil der PKV bei rund 10,58 % liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Regionen.

21 Bei einer Bevölkerung in Baden-Württemberg von 10,95 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand: 31.12.2016) entspricht das einem Marktanteil von ca. 11,99 %.

22 In Baden-Württemberg lebten laut Statistischem Bundesamt zum 31.12.2016 10,95 Mio. Menschen.

23 Der PKV-Ausgabenstatistik folgend tragen zur ambulanten ärztlichen Versorgung ambulant tätige Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten und Hebammen bei.

deshalb die ambulanten Mehrumsätze – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der Ärzte beziehen. Für Baden-Württemberg hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 56.200 € (45.700 €) entstehen.^{24,25}

Tabelle 1: Baden-Württemberg

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	184
PKV-Marktanteil	12,0%
(rechnerische) Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil p.a.	1,81 Mrd. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Mehrumsätze¹	1,64 Mrd. €
je Einwohner	150 €
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	921 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ³	56.200 € ³
je ambulant tätigem Arzt	45.700 € ³

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Ambulante Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer, der Heilpraktiker und Apotheken.
- 2 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Baden-Württemberg zum Stichtagsmonat Mai 2018 16.383 ambulant niedergelassene und 20.129 ambulant tätige Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angestellte Ärzte.
- 3 gerundet auf volle Hunderter.

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Baden-Württemberg

Wie in jedem Flächen-Bundesland gibt es in Baden-Württemberg sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Demzufolge haben die landesweiten Zahlen zur Bedeutung der Privatversicherungen für die medizinische Versorgung insbesondere für die strukturschwachen oder relativ ländlichen Regionen nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen ersten wichtigen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.

2.2.1 Strukturdaten

Baden-Württemberg unterteilt sich in 35 Landkreise und 9 kreisfreie Städte. Von diesen insgesamt 44 Landkreisen und kreisfreien Städten werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 8 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 27 als städtischer Kreis (Kreistyp 2), 8 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen

24 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Baden-Württemberg zum Stichtagsmonat Mai 2018 16.383 ambulant niedergelassene und 20.129 ambulant tätige Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

25 Ein Ausweisen der Mehrumsätze getrennt nach (ambulanten) ärztlichen Fachgruppen ist nicht möglich, weil alle Haus- und Facharztgruppen i. d. R. auf alle Gebührensätze in allen Kapiteln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zurückgreifen.

(Kreistyp 3) und 1 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.²⁶ Der Rhein-Neckar-Kreis ist mit rund 545.000 Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Baden-Württemberg. Stuttgart hat als kreisfreie Stadt mit rund 630.000 Menschen die meisten Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Stuttgart mit 1.509 Ärzten beziehungsweise im Landkreis Rhein-Neckar mit 951 Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 403 (131) Ärzten je 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Baden-Baden (im Landkreis Enzkreis) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Baden-Württemberg

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Baden-Württemberg	-	10,95 Mio.	20.129	16.383	184
Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	193.318	298	247	154
Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	54.307	219	175	403
Landkreis Biberach	3	196.206	280	236	143
Landkreis Böblingen	2	385.888	574	483	149
Landkreis Bodenseekreis	2	213.070	412	335	193
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	260.416	506	426	194
Landkreis Calw	2	155.960	248	205	159
Landkreis Emmendingen	2	163.251	310	252	190
Landkreis Enzkreis	2	197.246	259	213	131
Landkreis Esslingen	2	528.792	862	653	163
Kreisfreie Stadt Freiburg	1	227.590	878	732	386
Landkreis Freudenstadt	3	116.692	168	134	144
Landkreis Göppingen	2	254.618	367	308	144
Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	159.914	608	508	380
Landkreis Heidenheim	2	131.498	198	171	151
Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	123.771	273	214	221
Landkreis Heilbronn	2	337.571	469	390	139
Landkreis Hohenlohekreis	3	110.689	151	125	136
Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	309.999	710	567	229
Landkreis Karlsruhe	2	440.337	665	546	151
Landkreis Konstanz	2	282.191	542	435	192
Landkreis Lörrach	2	227.545	340	291	149
Landkreis Ludwigsburg	2	537.902	936	755	174
Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	132.274	226	191	171
Kreisfreie Stadt Mannheim	1	304.781	791	673	260
Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	143.278	209	178	146
Landkreis Ortenaukreis	2	423.359	718	564	170
Landkreis Ostalbkreis	2	311.587	465	390	149

26 Für die Typenbildung werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) folgende Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen:
 1. Kreisfreie Großstädte: Kreisfreie Städte mit mind. 100.000 Einwohnern 2. Städtische Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 % und einer Einwohnerdichte von mindestens 150 E./km² sowie Kreise mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 150 E./km² 3. Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von mindestens 50 %, aber einer Einwohnerdichte unter 150 E./km² sowie Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % mit einer Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von mindestens 100 E./km² 4. Dünn besiedelte ländliche Kreise: Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50 % und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km².

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	123.493	278	216	225
Landkreis Rastatt	2	228.907	315	240	138
Landkreis Ravensburg	2	281.627	567	452	201
Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	422.698	616	517	146
Landkreis Reutlingen	2	284.082	500	424	176
Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	544.400	953	753	175
Landkreis Rottweil	2	138.327	241	192	174
Landkreis Schwäbisch Hall	3	192.958	261	217	135
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	210.084	375	302	179
Landkreis Sigmaringen	3	130.275	191	158	147
Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	628.032	1.509	1.178	240
Landkreis Tübingen	2	224.635	501	403	223
Landkreis Tuttlingen	2	138.119	189	154	137
Kreisfreie Stadt Ulm	1	123.953	432	336	349
Landkreis Waldshut	3	168.852	232	192	137
Landkreis Zollernalbkreis	2	187.401	287	252	153

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung BBSR, d. h. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis

2 31.12.2016 (Statistisches Bundesamt).

3 Quelle: Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, ambulant niedergelassene Ärzte sind Ärzte in eigener Praxis, ambulant tätige Ärzte sind niedergelassene Ärzte plus angestellte Ärzte und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

2.2.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze

Der rechnerische Bezug auf die Zahl der Privatversicherten in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten ermöglicht eine regionale Zuordnung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil. Dabei sind die regional verbleibenden, aber dennoch aggregierten Mehrumsätze in absoluten Euro-Beträgen relativ abstrakt. Um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur in den Regionen sowohl vorstellbarer als auch vergleichbarer zu machen, werden die Mehrumsätze der Privatpatienten deshalb auch mit Bezug zur Einwohnerzahl analysiert.

In Baden-Württemberg leben die meisten Privatversicherten in Baden-Baden, Tübingen und in Freiburg. Mit einem PKV-Marktanteil von 16,7 %, 15,8 % beziehungsweise 15,7 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in diesen Städten des Kreistyps 1 und 2 (vgl. Abbildung 3 im Anhang) über dem Durchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 7,7 % und 8,5 % in den Städten Pforzheim und Heilbronn (jeweils Kreistyp 1).

Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Baden-Württembergs ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 11,3 Mio. € (kreisfreie Stadt Baden-Baden) beziehungsweise von 97 € je Einwohner (Stadt Pforzheim) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3 nachzuvollziehende und in Abbildung 5 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 97 € bis 208 €. Der Durchschnitt liegt in Baden-Württemberg bei Mehrumsätzen von 150 € je Einwohner.

Tabelle 3: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

 Regional verbleibende Mehrumsätze¹ in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Baden-Württemberg	-	1,64 Mrd. €	150 €
Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	25.560.871 €	132 €
Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	11.314.088 €	208 €
Landkreis Biberach	3	27.484.794 €	140 €
Landkreis Böblingen	2	57.527.784 €	149 €
Landkreis Bodenseekreis	2	33.276.341 €	156 €
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	48.042.675 €	184 €
Landkreis Calw	2	20.188.658 €	129 €
Landkreis Emmendingen	2	25.624.167 €	157 €
Landkreis Enzkreis	2	28.691.366 €	145 €
Landkreis Esslingen	2	83.486.890 €	158 €
Kreisfreie Stadt Freiburg	1	44.491.529 €	195 €
Landkreis Freudenstadt	3	13.783.935 €	118 €
Landkreis Göppingen	2	34.332.586 €	135 €
Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	30.657.485 €	192 €
Landkreis Heidenheim	2	13.820.857 €	105 €
Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	13.071.859 €	106 €
Landkreis Heilbronn	2	43.634.401 €	129 €
Landkreis Hohenlohekreis	3	12.825.270 €	116 €
Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	52.297.986 €	169 €
Landkreis Karlsruhe	2	76.244.819 €	173 €
Landkreis Konstanz	2	46.080.512 €	163 €
Landkreis Lörrach	2	38.702.619 €	170 €
Landkreis Ludwigsburg	2	82.042.959 €	153 €
Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	18.180.341 €	137 €
Kreisfreie Stadt Mannheim	1	34.449.946 €	113 €
Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	18.954.393 €	132 €
Landkreis Ortenaukreis	2	53.706.313 €	127 €
Landkreis Ostalbkreis	2	45.684.915 €	147 €
Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	11.931.220 €	97 €
Landkreis Rastatt	2	29.688.272 €	130 €
Landkreis Ravensburg	2	42.994.852 €	153 €
Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	64.738.207 €	153 €
Landkreis Reutlingen	2	40.530.280 €	143 €
Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	94.704.716 €	174 €
Landkreis Rottweil	2	18.602.312 €	134 €
Landkreis Schwäbisch Hall	3	24.736.710 €	128 €
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	26.172.729 €	125 €
Landkreis Sigmaringen	3	17.799.249 €	137 €
Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	99.520.456 €	158 €
Landkreis Tübingen	2	44.143.403 €	197 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Landkreis Tuttlingen	2	15.776.427 €	114 €
Kreisfreie Stadt Ulm	1	20.083.165 €	162 €
Landkreis Waldshut	3	27.494.024 €	163 €
Landkreis Zollernalbkreis	2	25.189.010 €	134 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Ambulante Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer, Apotheken und Heilpraktiker.

2 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

2.2.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Mehrumsätzen entfallen in Baden-Württemberg 921 Mio. € speziell auf die Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um auch bei diesen Mehrumsätzen eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Mehrumsätze der Privatpatienten mit Bezug zur Zahl der regional niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Ärzte analysiert, tabellarisch aufgearbeitet und in Abbildung 7 (vgl. Anhang) grafisch visualisiert.

Von den genannten Mehrumsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 921 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4). Alle Regionen des Kreistyps 3 – ländlich mit Verdichtungsansätzen – weisen überdurchschnittliche Mehrumsätze auf. Selbst im sehr dünn besiedelten ländlichen Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4) liegen die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 53.505 €. In der Gesamtbilanz wird in Baden-Württemberg je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 28.774 € (Stadt Mannheim) nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Baden-Württemberg eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 28.774 € und 80.494 € (Landkreis Waldshut/Kreistyp 3). Der Durchschnitt liegt bei rund 56.200 €.

Tabelle 4: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Baden-Württemberg	-	921 Mio. €	45.700 €²	56.200 €²
Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	14.368.191 €	48.215 €	58.171 €
Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	6.359.837 €	29.040 €	36.342 €
Landkreis Biberach	3	15.449.660 €	55.177 €	65.465 €
Landkreis Böblingen	2	32.337.324 €	56.337 €	66.951 €
Landkreis Bodenseekreis	2	18.705.185 €	45.401 €	55.836 €
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	27.005.587 €	53.371 €	63.393 €
Landkreis Calw	2	11.348.380 €	45.760 €	55.358 €
Landkreis Emmendingen	2	14.403.770 €	46.464 €	57.158 €
Landkreis Enzkreis	2	16.127.894 €	62.270 €	75.718 €
Landkreis Esslingen	2	46.929.370 €	54.442 €	71.867 €
Kreisfreie Stadt Freiburg	1	25.009.428 €	28.485 €	34.166 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Freudenstadt	3	7.748.179 €	46.120 €	57.822 €
Landkreis Göppingen	2	19.298.918 €	52.586 €	62.659 €
Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	17.233.082 €	28.344 €	33.923 €
Landkreis Heidenheim	2	7.768.934 €	39.237 €	45.432 €
Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	7.347.909 €	26.915 €	34.336 €
Landkreis Heilbronn	2	24.527.623 €	52.298 €	62.891 €
Landkreis Hohenlohekreis	3	7.209.298 €	47.744 €	57.674 €
Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	29.397.568 €	41.405 €	51.848 €
Landkreis Karlsruhe	2	42.858.481 €	64.449 €	78.495 €
Landkreis Konstanz	2	25.902.622 €	47.791 €	59.546 €
Landkreis Lörrach	2	21.755.386 €	63.986 €	74.761 €
Landkreis Ludwigsburg	2	46.117.712 €	49.271 €	61.083 €
Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	10.219.472 €	45.219 €	53.505 €
Kreisfreie Stadt Mannheim	1	19.364.888 €	24.482 €	28.774 €
Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	10.654.580 €	50.979 €	59.857 €
Landkreis Ortenaukreis	2	30.189.212 €	42.046 €	53.527 €
Landkreis Ostalbkreis	2	25.680.250 €	55.226 €	65.847 €
Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	6.706.737 €	24.125 €	31.050 €
Landkreis Rastatt	2	16.688.271 €	52.979 €	69.534 €
Landkreis Ravensburg	2	24.168.121 €	42.625 €	53.469 €
Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	36.390.423 €	59.075 €	70.388 €
Landkreis Reutlingen	2	22.782.744 €	45.565 €	53.733 €
Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	53.235.096 €	55.861 €	70.697 €
Landkreis Rottweil	2	10.456.669 €	43.389 €	54.462 €
Landkreis Schwäbisch Hall	3	13.904.916 €	53.276 €	64.078 €
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	14.712.126 €	39.232 €	48.716 €
Landkreis Sigmaringen	3	10.005.254 €	52.384 €	63.324 €
Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	55.942.104 €	37.072 €	47.489 €
Landkreis Tübingen	2	24.813.741 €	49.528 €	61.573 €
Landkreis Tuttlingen	2	8.868.192 €	46.922 €	57.586 €
Kreisfreie Stadt Ulm	1	11.289.081 €	26.132 €	33.598 €
Landkreis Waldshut	3	15.454.848 €	66.616 €	80.494 €
Landkreis Zollernalbkreis	2	14.159.161 €	49.335 €	56.187 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

¹ Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d.h. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

² Die Größen je ambulant niedergelassenem Arzt und ambulant tätigen Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

2.3 Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg

Die erläuterten Mehrumsätze der Privatversicherten nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellen einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Gleichwohl bringen sie für die dem PKV-Deutschlandatlas zugrundeliegenden Fragestellungen auch erhebliche Probleme mit sich. Stadt- und Kreisgrenzen ignorieren in der Regel die medizinische Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche Umland. Darüber hinaus entstehen soziodemografische Verzerrungen, weil in zu Landkreisen gehörigen „Speckgürteln“ rund um kreisfreie Städte überproportional viele Privatversicherte leben.

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel skizzieren. Die kreisfreie Stadt Pforzheim wird wie ein nach unten geöffneter Ring nahezu vollständig vom Enzkreis umschlossen. Die Kreisverwaltung des Enzkreises liegt in der kreisfreien Stadt Pforzheim, die selbst nicht Teil des Landkreises ist. Alle Verwaltungseinheiten sind damit auf relativ kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. Der Enzkreis hat rund 198.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Pforzheim lediglich 124.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Pforzheim mit 225 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Enzkreis liegt (131 Ärzte je 100.000 Einwohner), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Enzkreis mit einem PKV-Marktanteil von 11,7 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Pforzheim (7,7 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in eher ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Stadt Pforzheim (des Landkreises Enzkreis) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Enzkreis entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 75.718 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der Stadt Pforzheim, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei nur rund 31.050 €. Ein Ergebnis, das mit der Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

Das vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelte Konzept der Raumordnungsregionen kann hier Abhilfe schaffen. Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil zum Beispiel die Einwohner eines ländlich geprägten Landkreises oder eines städtischen „Speckgürtels“ systematisch die medizinische Infrastruktur einer geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt nutzen. Um diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche oder städtische Umland zu berücksichtigen, fasst eine Raumordnungsregion strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.

2.3.1 Strukturdaten

Von den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland liegen 12 Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) drei Raumordnungsregionen als städtische Region (Regionstyp 1)²⁷ und neun als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) definiert. Raumordnungsregionen des Regionstyps 3 – ländliche Regionen mit dünner Besiedlung – lassen sich dagegen nach Definition des BBSR in Baden-Württemberg nicht finden. Die einwohnerstärkste Raumordnungsregion ist Stuttgart (Regionstyp 1). In der Raumordnungsregion Stuttgart – zusammengesetzt aus der kreisfreien Stadt Stuttgart und 5 Landkreisen – leben 2,8 Mio. Menschen. Die ländliche(re) Raumordnungsregion Ostwürttemberg (Regionstyp 2) hat dagegen nur rund 443.000 Einwohner. Ostwürttemberg fasst lediglich zwei Landkreise zusammen.

²⁷ Regionstypen sind von Kreistypen zu unterscheiden. Während das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) für die Landkreise und kreisfreien Städte vier Kreistypen definiert, wird die Siedlungsstruktur in den Raumordnungsregionen mit drei Regionstypen charakterisiert.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Baden-Württemberg	-	10,95 Mio.	20.129	16.383	184
Bodensee-Oberschwaben	2	624.972	1.170	945	187
Donau-Iller	2	513.477	1.010	819	197
Franken	2	897.263	1.380	1.137	154
Hochrhein-Bodensee	2	678.588	1.114	918	164
Mittlerer Oberrhein	1	1.033.550	1.909	1.528	185
Neckar-Alb	2	696.118	1.288	1.079	185
Nordschwarzwald	2	593.391	953	768	161
Ostwürttemberg	2	443.085	663	561	150
Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	486.530	805	648	165
Stuttgart	1	2.757.930	4.864	3.894	176
Südlicher Oberrhein	2	1.074.616	2.412	1.974	224
Unterer Neckar	1	1.152.373	2.561	2.112	222

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = ländliche Region mit Verstärkeransätzen, 3 = Ländliche Region.

2 31.12.2016 (Statistisches Bundesamt).

3 Quelle: Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit – ambulant niedergelassene Ärzte sind Ärzte in eigener Praxis, ambulant tätige Ärzte sind niedergelassene Ärzte plus angestellte Ärzte und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

Die Ärztedichte ist mit 224 (150) ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner in der Raumordnungsregion Südlicher Oberrhein (Ostwürttemberg) am höchsten (niedrigsten). Im Vergleich zur Raumeinheit der kreisfreien Städte und Landkreise haben sich die Unterschiede allerdings erheblich relativiert. Liegt die Ärztedichte in der Kreis- und Stadt-Analyse zwischen 131 (Enzkreis) und 403 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner (Stadt Baden-Baden), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 150 bis 224 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

2.3.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze

Im Konzept der Raumordnungsregionen sind nicht Kreis- und Stadtgrenzen, sondern tatsächliche soziodemografische Strukturunterschiede zwischen ländlichen und verstärkten Regionen von Belang. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ werden größtenteils vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen vergleichbaren absoluten und relativen Beitrag die Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur in welchen Regionen in Baden-Württemberg hinterlassen.

Tabelle 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Mehrumsätze¹ in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Baden-Württemberg	-	1,64 Mrd. €	150 €
Bodensee-Oberschwaben	2	94.070.441 €	151 €
Donau-Iller	2	73.128.830 €	142 €
Franken	2	112.448.581 €	125 €
Hochrhein-Bodensee	2	112.277.155 €	165 €
Mittlerer Oberrhein	1	169.545.164 €	164 €
Neckar-Alb	2	109.862.692 €	158 €
Nordschwarzwald	2	74.595.178 €	126 €
Ostwürttemberg	2	59.505.772 €	134 €
Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	60.551.468 €	124 €
Stuttgart	1	421.648.883 €	153 €
Südlicher Oberrhein	2	171.864.684 €	160 €
Unterer Neckar	1	178.766.541 €	155 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Ambulante Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer, Apotheken und Heilpraktiker.
- 2 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = ländliche Region mit Verstädterungsansätzen, 3 = Ländliche Region.

In Baden-Württemberg leben die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Hochrhein-Bodensee. Mit einem PKV-Marktanteil von 13,3 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in dieser (ländlicheren) Region über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 4 im Anhang). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 10,0 % in der Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg. Damit gibt es sowohl in städtischen als auch ländlicheren Raumordnungsregionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht auch in allen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 124 € je Einwohner (Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Baden-Württemberg, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6 nachzuvollziehende und in Abbildung 6 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 124 € bis zu 165 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [97 € bis 208 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Baden-Württemberg bei 150 € je Einwohner.

2.3.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die in der Region verbleibenden Mehrumsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Baden-Württemberg auf 921 Mio. € p.a. Davon profitieren auch relativ ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 47.579 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Unterer Neckar) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Baden-Württemberg je niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 47.579 € und 68.750 € (vgl. Abbildung 9). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 28.774 € und 80.494 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei rund 56.200 €. Im Einzelnen:

Tabelle 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Baden-Württemberg	-	921 Mio. €	45.700 €²	56.200 €²
Bodensee-Oberschwaben	2	52.878.560 €	45.195 €	55.956 €
Donau-Iller	2	41.106.932 €	40.700 €	50.192 €
Franken	2	63.209.218 €	45.804 €	55.593 €
Hochrhein-Bodensee	2	63.112.857 €	56.654 €	68.750 €
Mittlerer Oberrhein	1	95.304.157 €	49.924 €	62.372 €
Neckar-Alb	2	61.755.647 €	47.947 €	57.234 €
Nordschwarzwald	2	41.931.190 €	43.999 €	54.598 €
Ostwürttemberg	2	33.449.184 €	50.451 €	59.624 €
Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	34.036.987 €	42.282 €	52.526 €
Stuttgart	1	237.015.851 €	48.729 €	60.867 €
Südlicher Oberrhein	2	96.607.998 €	40.053 €	48.940 €
Unterer Neckar	1	100.487.646 €	39.238 €	47.579 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Ländliche Region mit Verstädterungsansätzen, 3 = Ländliche Region.

2 Die Größen je ambulant niedergelassenem Arzt und ambulant tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte

Die Häufigkeit der Privatversicherten in den Regionen – der regionale PKV-Marktanteil – ist lediglich einer von drei bestimmenden Faktoren, mit denen die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in den Raumordnungseinheiten quantifiziert werden kann. Als weitere Einflussmerkmale sind sowohl das durchschnittliche Alter von Privatversicherten in den Regionen als auch das regionale Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer von Interesse. Folgerichtig wird im PKV-Deutschlandatlas – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten [„Privatversicherte in (wirtschafts-starken) Städten sind im Durchschnitt jünger“] und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer [„Mehrumsätze in (wirtschaftsstarken) Städten sind i. d. R. real weniger wert“] – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Analyse der regionalen Bedeutung der Privatversicherten vorgenommen. Im Ergebnis werden im PKV-Deutschlandatlas Verzerrungen durch regionale Alters- und (ärztliche) Kostenunterschiede weitestgehend vermieden.

3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten

Die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur hängt regional nicht nur von der Zahl der Privatversicherten, sondern auch vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte. In diesem Zusammenhang ist unter anderem in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) von altersabhängigen Kopfschäden die Rede. Die Kopfschäden sind nach § 6 KVAV als die in einem Beobachtungszeitraum auf Versicherte im Durchschnitt entfallenden Versicherungsleistungen definiert. Dabei zeigt sich unter anderem, dass nach der Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes die durchschnittlichen Kopfschäden bei 30-jährigen Versicherten mit rund 2.400 € jährlich weit unter dem durchschnittlichen Kopfschaden eines 70-jährigen Versicherten (rund 6.000 €) liegen.²⁸

Für die regional verbleibenden Mehrumsätze sind die altersabhängigen Kopfschäden von Belang, wenn es regionale Altersunterschiede der Privatversicherten gibt. Das ist in der Regel der Fall. So liegt der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland bei 45,37; in Baden-Württemberg bei 44,13 Jahren.²⁹ In den größeren Universitätsstädten Heidelberg und Stuttgart (jeweils Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 43,1 Jahren beziehungsweise 43,8 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 45,7 Jahren im Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4).

Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die in den Regionen bei den medizinischen Leistungserbringern tatsächlich anfallenden Mehrumsätze aus. Je älter die Privatversicherten in einer Region im Durchschnitt sind, desto mehr regional verbleibende Mehrumsätze je Privatversicherten fallen an. Ein Zusammenhang, der bei der regionalen Altersadjustierung der Privatversicherten und der von ihnen ausgelösten Mehrumsätze nicht linear, sondern gemäß dem altersabhängigen Kopfschadenprofil der Privatversicherten der Ausgabenrealität entsprechend berücksichtigt wird.

Bei der Betrachtung von regionalen Mehrumsätzen legt die Berücksichtigung von regionalen Altersstrukturen der Privatversicherten offen, dass die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen in Ballungszentren, Universitätsstädten und anderen urbanen Zentren i. d. R. überschätzt worden sind. Ein umgekehrtes Bild ergibt sich meist bei relativ ländlichen Regionen. Dabei bleibt allerdings für Baden-Württemberg insgesamt festzuhalten, dass die regionalen Altersunterschiede – anders als zum Beispiel in den Bundesländern

²⁸ PKV-Kopfschadensstatistik.

²⁹ PKV-Verbandsstatistik.

Bayern, Hessen und NRW – eher zu vernachlässigen sind.³⁰ Denn die Privatversicherten in Baden-Württemberg sind – unabhängig vom Wohnort – auch im bundesdeutschen Vergleich relativ jung.³¹ Hinzu kommt, dass es in Baden-Württemberg sehr ländliche Kreise (Kreistyp 4) eher selten gibt.³² Die Altersadjustierung der (nominalen) Mehrumsätze führt dementsprechend zu eher kleinen Korrekturen, die das Gesamtbild der regionalen Verteilung von Mehrumsätzen (je niedergelassenem Arzt) in Baden-Württemberg kaum verändert.

3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern

Als dritter Einflussfaktor ist das regionale Kostenniveau von medizinischen Leistungserbringern zu nennen. Von regionalen Kostenstrukturen der medizinischen Leistungserbringer hängt nämlich ab, wie viel die in den Regionen verbleibenden Nominal-Mehrumsätze real wert sind. Denn in welchem Ausmaß regionale Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, wird nicht von der nominalen Höhe der Mehrumsätze, sondern vom regionalen Realwert der Mehrumsätze determiniert.

Mit Blick auf die ortsabhängigen Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern erscheint eine regionale Bereinigung der nominalen Mehrumsatzgrößen zweckmäßig. Preis- und Kostenindizes nach Kreisen und kreisfreien Städten werden allerdings von den Statistischen Landesämtern nicht zur Verfügung gestellt. Eine regionale Realwertbestimmung der Mehrumsätze ist demnach nur annäherungsweise, insbesondere für die ambulant niedergelassenen Ärzte oder ambulant tätigen Ärzte möglich.

Angelehnt an die Vorgehensweise des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Lebenshaltungskosten in Deutschland wird als Ausgangspunkt ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte gebildet. Grundlage für einen derartigen „Kosten-Warenkorb“ soll das sogenannte Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise³³ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärzte sein. Letztere lässt sich dem Zi-Praxis-Panel (2018) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entnehmen. Dem Zi-Praxis-Panel zufolge umfassen die Betriebskosten der Praxen Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete und Nebenkosten der Praxisräume, Beiträge für Versicherungen und Gebühren, Kosten für Kraftfahrzeughaltung, Abschreibungen, Ausgaben für Geräte, Kosten für Wartung und Instandhaltung, Fremdkapitalzinsen sowie Kosten für die Nutzung externer Infrastruktur und sonstige Aufwendungen.³⁴

Ein regionaler Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte sollte alle Kostenarten als Teilindex – gewichtet mit einem zu bestimmenden Anteil am „Kosten-Warenkorb“ – zusammenführen. Dabei ist als Kostenart zwischen Praxisaufwendungen zu unterscheiden, die (a) deutschlandweit einheitlich oder quasi-einheitlich sind und (b) erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen. In erstere Einordnung fallen zum Beispiel Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen. Praxismieten, Aufwendungen für Personal oder Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme variieren dagegen regional deutlich.

Für die wertbereinigte Auswertung der regionalen Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze gehen die skizzierten Kostenarten als Teilindex mit folgenden Gewichten in den hier zu entwickelnden regionalen Gesamtkosten-Index ein:

- › **Regional abweichende Personalkosten mit 52 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 52 % der Praxisaufwendungen auf Personalkosten entfallen. Aufwendungen für das Praxispersonal beinhalten die Gehälter für sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal sowie angestelltes und nicht-angestelltes Personal.³⁵

30 Die Privatversicherten in Baden-Württemberg sind im bundesdeutschen Vergleich am jüngsten.

31 Die Stadt Baden-Baden stellt angesichts der Bevölkerungs- und Wirtschaftsstruktur mit einem Altersdurchschnitt der Privatversicherten von über 50 Jahren eine (große) Ausnahme dar.

32 Den Kreistyp 4 gibt es in Baden-Württemberg nur einmal.

33 Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Verbraucherpreisindex für Deutschland – Wägungsschema.

34 Vgl. Zi-Praxis-Panel (2018), Jahresbericht 2016, S. 22.

35 Vgl. Zi-Praxis-Panel (2018), Jahresbericht 2016, S. 87 f.

- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 23 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 11,7 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen. Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist in diesem Anteil ausdrücklich nicht der Mietwert von Praxisräumen im Eigentum der Praxisinhaber enthalten. Weil es bei den Ärzten eine erhebliche Zahl von Praxisräumen im Eigentum gibt, unterschätzt deshalb der im Zi-Panel ausgewiesene Anteil für Mieten die tatsächlichen Raumkosten. Hinzu kommt, dass auch Ärzte aus ihrem privaten Nettoeinkommen einen nicht unerheblichen Anteil für Mieten oder den Mietwert von Eigentumswohnungen verausgaben müssen. Das Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise nennt hier einen Durchschnittsanteil von 21 %.³⁶ Für einen im Folgenden zu nutzenden regionalen Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte erscheint demzufolge summa summarum eine annähernde Verdopplung des Ausgangsgewichtes für Mieten [von 11,7 %] auf 23 % angemessen.
- › **Regional abweichende Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit 5 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 6,2 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Abschreibungen entfallen. Abschreibungen beinhalten – neben Abschreibungen auf Praxiseinrichtungen – vor allem und in besonderem Maße Abschreibungen auf den entgeltlich erworbenen immateriellen Praxiswert bei Praxisübernahme. Annäherungsweise sollen deshalb die Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit einem Gewicht von 5 % in den Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte eingehen.³⁷
- › **Sonstige regional abweichende Kosten mit 5 %:** In diese Kategorie fallen unter anderem Aufwendungen für die Nutzung von regionaler Infrastruktur in ambulanten OP-Zentren und Belegkrankenhäusern sowie ähnliche Zahlungen im Rahmen der praxisbedingten Leistungserbringung.
- › **Praxiskosten und -aufwendungen, die deutschlandweit einheitlich oder quasieinheitlich sind, mit 15 %:** Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2017) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 11,31 €/m² (Stadt Stuttgart) und 5,85 €/m² (Main-Tauber-Kreis) entnehmen.^{38,39} Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2017). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte in Baden-Württemberg zwischen 3.086 € (Landkreis

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Verbraucherpreisindex für Deutschland – Wägungsschema, S. 4.

³⁷ Vgl. Zi-Praxis-Panel (2018), Jahresbericht 2016, S. 87 f.

³⁸ Empirica (2017), grafisch aufgearbeitet unter www.tagesspiegel.de/wirtschaft/interaktive-mietpreiskarte-wo-die-mietpreise-am-staerksten-steigen/19632040.html.

³⁹ Regionale Preis- und Kostenindizes beziehen sich stets auf eine definierte (einheitliche) Leistung/Menge. Ansonsten wäre eine regionale Vergleichbarkeit nicht gegeben. Dabei können Ärzte und Arztpraxen auf regionale Mietunterschiede in €/m² mit Anpassung reagieren und zum Beispiel in der Stadt weniger große Praxisräumen anmieten. Eine Anpassungsoption, die allerdings stets allen Mietern von Immobilien auf dem Land und in der Stadt (in alle Richtungen) zur Verfügung steht. Es liegen in diesem Zusammenhang keine empirischen Erkenntnisse vor, dass sich niedergelassene Praxisinhaber öfter als alle anderen Durchschnittsmieter räumlich einschränkend an Miethöchstpreise anpassen.

Breisgau-Hochschwarzwald) und 4.596 € (Böblingen) beziehungsweise zwischen 3.266 € (Raumordnungsregion Nordschwarzwald) und 3.955 € (Raumordnungsregion Stuttgart).^{40,41}

Eine unmittelbare Datenbasis für den Teilindex „Regional abweichende Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ gibt es dagegen nicht. Hilfsweise soll hier deshalb der in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte PKV-Anteil zu Grunde gelegt werden. Diese mittelbare Vorgehensweise fußt auf der Annahme, dass sich Ärzte bei einer Praxisübernahme gegebenenfalls subjektiv (zu) stark und (zu) häufig auf den jeweiligen Privatversicherertenanteil in der Praxis beziehen. Der Praxiswert wird demnach umso höher veranschlagt, je höher der Privatversicherertenanteil liegt.⁴² Eine ähnliche mittelbare Vorgehensweise gilt es für „sonstige regional abweichende Kosten“ anzuwenden. Um sich dieser Kostenart zu nähern, wird die Wirtschaftskraft der baden-württembergischen Landkreise und kreisfreien Städte – gemessen als Bruttoinlandsprodukt – zu Grunde gelegt. Die entsprechenden Daten lassen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder (VGRdL) entnehmen.⁴³

Für alle Kostenarten gilt: Zur Berechnung der Teilindizes aller Kostenarten bedarf es nicht nur einer geeigneten Datenbasis, sondern jeweils auch einer normierten Vergleichsgröße. Im PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt. Der regionale Gesamtindex und die jeweiligen Teilindizes im Einzelnen:

40 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2017), grafisch aufgearbeitet unter www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-08/gehalt-lohn-verdienst-einkommen-regionale-unterschiede

41 Der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt ist sachlich angezeigt, weil bei niedergelassenen Ärzten nicht nur medizinische Fachangestellte, sondern im erheblichen Umfang auch (angestellte) Ärzte, Verwaltungskräfte und Reinigungskräfte angestellt sind. Der Einwand, dass sich die Entgelte medizinischer Fachangestellte nach einem einheitlichen Tarifvertrag richten, ist dabei nicht zielführend: ZI-Befragungen zur Tarifstruktur und Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen zeigen, dass in Deutschland ca. 1/3 (33 %) der Arbeitsverträge von medizinischen Fachangestellten außertariflich oder als Mini-Job vereinbart sind. Weitere 1/3 der Arbeitsverträge der medizinischen Fachangestellten (34 %) lehnen sich lediglich an einen Tarifvertrag an, nur um explizit eine höhere oder eine niedrigere Vergütung oberhalb/unterhalb des Tarifvertrags zu vereinbaren. Nur das letzte Drittel wird nach einem einheitlichen Tarifvertrag vergütet. Regional zeigen sich dabei erhebliche Unterschiede. Außertarifliche Vereinbarungen sind im Versorgungsraum Ost verbreitet. Eine Bezahlung oberhalb des Tarifvertrags für medizinische Angestellte kommt häufig (selten) im Versorgungsraum Süd (Ost) vor. Im Versorgungsraum West und Nord finden sich wiederum überproportional viele Arbeitsverträge, die nach einheitlichem Tarif vergütet werden; vgl. dazu ZI- Institut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Befragung zur Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen, Bezugszeitraum 2015, S. 1 und Abbildung 1. Die (regionalen) Ergebnisse der ZI-Befragung lassen sich mit einem Blick in einen großen, regional differenzierenden Online-Gehaltsvergleichsrechner für medizinische Fachangestellte nach Bundesländern bestätigen [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte, Stand 21.9.2020]. Ein derartiger regionaler Online-Gehaltsvergleich zeigt darüber hinaus auch, dass die regionalen Unterschiede noch weit über die regionalen Versorgungsräume Ost, West, Süd und Nord beziehungsweise über die Bundesländer hinausgehen. So liegen z. B. innerhalb von Baden-Württemberg die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in der „teuersten“ Region 24,5 % über den Gehältern in der „preiswertesten“ Region [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Baden-Wuerttemberg, Stand 21.9.2020]. Im Teilindex „Lohn & Gehalt“ des PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg sind es zwischen den Raumordnungsregionen lediglich 20,9 %. Im Kern heißt das, dass der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt (nicht nur) in Baden-Württemberg regional weniger stark streut als ein Index, der sich nur auf die regionalen Vergütungsstrukturen von medizinischen Fachangestellten beziehen würde.

42 Drähther, H.; Kneißl, V. (2019), in: G+S, 4-5/2019, S. 100 f., merken in diesem Zusammenhang an, dass es inkonsistent sei, wenn Praxen bei Übernahme umso mehr wert seien, je höher der Privatversicherertenanteil in den jeweiligen (meist städtischen) Praxen ist – gleichzeitig aber die Mehrumsätze (Realwert) der Privatversichererten je niedergelassenem Arzt auf dem Land höher als in der Stadt sind. Diesem Gedanken von Drähther & Kneißl kann man insofern folgen, dass sich Ärzte bei einer Praxisübernahme in der Tat vermutlich subjektiv (zu) stark und (zu) häufig am jeweiligen Privatversicherertenanteil in der Praxis orientieren. Eine Alternative könnte sein, dass man sich dem Praxiswert nicht über die Privatversichererten, sondern über die Wirtschaftskraft der baden-württembergischen kreisfreien Städte und Landkreise – gemessen als Bruttoinlandsprodukt – nähert. Folgt man dieser (alternativen) mittelbaren Annäherung über die regionale Wirtschaftskraft zeigt sich, dass in Baden-Württemberg die regionale (durchschnittliche) Wirtschaftskraft in der „wirtschaftsstärksten“ Region (Stadt Stuttgart) 207 % über der in der „wirtschaftsschwächsten“ Region läge. Im Teilindex „Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ des PKV-Atlas Baden-Württemberg liegt der Unterschied lediglich bei 116 %. In der Konsequenz heißt das, dass der Kosten-Index für Abschreibungskosten, der sich über dem PKV-Versichertenanteil dem Praxiswert nähert, (nicht nur) in Baden-Württemberg regional weniger stark streut als ein Index, der sich an der regionalen Wirtschaftskraft orientiert. Dieser alternative Index würde die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt von den wirtschaftsstarken Städten in Richtung ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen „verschieben“.

43 Vgl. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGRdL), laufende Veröffentlichungen.

Tabelle 8: Gesamtkosten-Index

Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes)

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen	Index Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamtindex
Gewichtung	-	52 %	23 %	5 %	5 %	15 %	100 %
Baden-Württemberg	-	100	100	100	100	100	100
Raumordnungsregion Bodensee-Oberschwaben	2	97,5	94,9	99,2	90,4	100	97,0
Landkreis Bodenseekreis	2	109,0	109,1	102,4	100,2	100	106,9
Landkreis Ravensburg	2	90,9	93,2	100,1	88,1	100	93,1
Landkreis Sigmaringen	3	92,0	69,5	89,6	76,2	100	87,1
Raumordnungsregion Donau-Iller	2	99,3	94,8	96,5	118,7	100	99,2
Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	90,6	86,1	86,7	63,6	100	89,4
Landkreis Biberach	3	104,0	84,4	91,9	106,9	100	98,4
Kreisfreie Stadt Ulm	1	102,1	107,5	106,3	164,4	100	106,4
Raumordnungsregion Franken	2	97,4	86,4	81,5	101,6	100	94,7
Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	94,4	102,8	69,3	109,9	100	96,7
Landkreis Heilbronn	2	105,5	91,6	84,8	117,8	100	101,1
Landkreis Hohenlohekreis	3	99,6	82,0	76,0	101,3	100	94,5
Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	89,2	68,4	90,2	78,4	100	85,6
Landkreis Schwäbisch Hall	3	91,9	77,9	84,1	84,2	100	89,1
Raumordnungsregion Hochrhein-Bodensee	2	91,5	108,1	108,4	71,4	100	96,5
Landkreis Konstanz	2	91,4	115,3	107,1	72,4	100	98,0
Landkreis Lörrach	2	94,6	109,9	111,6	73,6	100	98,8
Landkreis Waldshut	3	87,2	88,8	106,8	66,0	100	89,4
Raumordnungsregion Mittlerer Oberrhein	1	98,9	96,9	110,4	106,5	100	99,5
Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	92,4	100,0	136,7	117,2	100	98,7
Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	103,0	108,4	110,7	137,3	100	105,9
Landkreis Karlsruhe	2	93,5	89,2	113,6	77,7	100	93,7
Landkreis Rastatt	2	105,3	84,9	85,1	90,5	100	98,1
Raumordnungsregion Neckar-Alb	2	96,2	98,3	106,1	76,8	100	96,8
Landkreis Reutlingen	2	97,8	98,9	93,6	86,6	100	97,6
Landkreis Tübingen	2	97,5	109,8	128,9	69,5	100	100,9
Landkreis Zollernalbkreis	2	91,2	77,0	88,2	72,4	100	88,2
Raumordnungsregion Nordschwarzwald	2	91,4	80,3	80,2	73,8	100	88,7
Landkreis Calw	2	89,2	76,6	84,9	60,1	100	86,2
Landkreis Enzkreis	2	91,6	82,0	95,4	63,5	100	89,5
Landkreis Freudenstadt	3	95,0	71,8	77,5	81,0	100	88,9
Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	90,9	87,2	63,4	91,1	100	90,1
Raumordnungsregion Ostwürttemberg	2	102,0	80,9	88,0	84,4	100	95,3

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen	Index Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamtindex
Landkreis Heidenheim	2	100,2	74,8	68,9	74,2	100	91,5
Landkreis Ostalbkreis	2	102,7	83,5	96,2	88,7	100	96,9
Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	93,9	76,6	82,1	89,8	100	90,1
Landkreis Rottweil	2	94,6	72,6	88,2	92,7	100	90,0
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	91,5	78,1	81,7	82,4	100	88,8
Landkreis Tuttlingen	2	97,7	78,8	74,9	101,0	100	92,8
Raumordnungsregion Stuttgart	1	110,7	113,7	100,8	123,4	100	109,9
Landkreis Böblingen	2	128,6	111,5	97,8	145,8	100	119,7
Landkreis Esslingen	2	104,7	107,4	103,6	87,9	100	103,7
Landkreis Göppingen	2	95,9	88,5	88,4	73,6	100	93,3
Landkreis Ludwigsburg	2	102,8	108,5	100,0	96,2	100	103,2
Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	95,8	102,1	100,5	72,7	100	97,0
Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	121,7	132,3	103,9	184,7	100	123,2
Raumordnungsregion Südlicher Oberrhein	2	91,6	105,5	110,1	85,0	100	96,6
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	86,4	102,4	121,0	62,3	100	92,6
Landkreis Emmendingen	2	89,6	97,8	103,0	65,8	100	92,5
Kreisfreie Stadt Freiburg im Breisgau	1	97,1	129,0	128,2	108,1	100	107,0
Landkreis Ortenaukreis	2	89,2	82,3	83,2	81,1	100	88,6
Raumordnungsregion Unterer Neckar	1	101,6	99,7	102,3	102,1	100	101,0
Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	104,0	122,7	125,8	116,8	100	109,4
Kreisfreie Stadt Mannheim	1	107,1	100,2	74,1	137,8	100	104,4
Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	88,1	68,3	86,8	67,1	100	84,2
Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	98,4	91,6	114,1	70,8	100	96,5

Quellen: Empirica (2017) mit dem Tagesspiegel; Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (2014); Bundesagentur für Arbeit (2017) mit der Zeit; PKV-Verband (2018); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGRDL).

1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkungsansätzen, 3 = Ländliche Region bzw. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Abschnitt 3.3 führt die Überlegungen zu den regionalen Alters- und Realwertunterschieden zusammen. Der regionale Gesamtkosten-Index als gewichteter „Kosten-Warenkorb“ der ambulant niedergelassenen Ärzte aus Abschnitt 3.2 stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen, bei den ambulant tätigen Ärzten verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze der Privatpatienten aus Abschnitt 3.1 annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Raumordnungsregionen darzustellen. Prinzipiell wäre eine derartige Realwert-Analyse nicht nur für die bei ambulanten Ärzten von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze, sondern auch für die regional verbleibenden Mehrumsätze aller Leistungsanbieter denkbar. Allerdings müsste der „Kosten-Warenkorb“ insofern modifiziert werden, dass als

Leistungserbringer nicht nur die ambulant niedergelassenen Ärzte, sondern auch die regional angesiedelten Krankenhäuser, Zahnärzte, Apotheken, Heilpraktiker und Physiotherapeuten berücksichtigt werden. Das stößt auf Schwierigkeiten. Die Kostenstrukturen dieser Leistungserbringer sind als sehr heterogen zu betrachten. So liegt zum Beispiel der Kostenanteil für „Personal“ an den Gesamtaufwendungen in den Krankenhäusern bei 61,3 %, in den Zahnarztpraxen bei rund 40 % und bei den Heilmittelerbringern bei rund 14 %.⁴⁴ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.⁴⁵

Angesichts der Ausgangsbedingung, dass sich ein „Kosten-Warenkorb“ annäherungsweise lediglich für die ambulant niedergelassenen Ärzte, nicht aber für alle regional tätigen Leistungserbringer inklusive Apotheken, Heilpraktiker etc. bilden lässt, soll im Folgenden nur der Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung dargestellt werden. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse im Detail. Die Abbildungen 8 und 10 (vgl. Anhang) visualisieren die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze für die ambulant niedergelassenen Ärzte als Landkarte innerhalb der baden-württembergischen Landesgrenzen. Im Einzelnen:

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)

	Regions- und Kreistyp ¹	Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
		Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Raumordnungsreg. Bodensee-Oberschwaben	2	53.857.698 €	46.032 €	56.992 €	55.956 €
Landkreis Bodenseekreis	2	17.535.555 €	42.562 €	52.345 €	55.836 €
Landkreis Ravensburg	2	24.923.594 €	43.957 €	55.141 €	53.469 €
Landkreis Sigmaringen	3	11.398.548 €	59.678 €	72.143 €	63.324 €
Raumordnungsregion Donau-Iller	2	40.398.089 €	39.998 €	49.326 €	50.192 €
Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	15.217.210 €	51.064 €	61.608 €	58.171 €
Landkreis Biberach	3	14.942.226 €	53.365 €	63.315 €	65.465 €
Kreisfreie Stadt Ulm	1	10.238.653 €	23.701 €	30.472 €	33.598 €
Raumordnungsregion Franken	2	65.135.956 €	47.200 €	57.288 €	55.593 €
Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	7.760.998 €	28.429 €	36.266 €	34.336 €
Landkreis Heilbronn	2	23.176.843 €	49.418 €	59.428 €	62.891 €
Landkreis Hohenlohekreis	3	7.330.113 €	48.544 €	58.641 €	57.674 €
Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	11.944.491 €	52.852 €	62.537 €	53.505 €
Landkreis Schwäbisch Hall	3	14.923.511 €	57.178 €	68.772 €	64.078 €
Raumordnungsregion Hochrhein-Bodensee	2	63.714.424 €	57.194 €	69.406 €	68.750 €
Landkreis Konstanz	2	25.952.762 €	47.883 €	59.662 €	59.546 €
Landkreis Lörrach	2	21.152.990 €	62.215 €	72.691 €	74.761 €
Landkreis Waldshut	3	16.608.672 €	71.589 €	86.503 €	80.494 €

⁴⁴ Der Kostenanteil „Personal“ beträgt in ambulanten Arztpraxen 51,9 %, in Krankenhäusern 61,3 %, im ambulanten Zahnarztpraxen 39,9 %, bei Heilmittelerbringern 13,9 % und bei Apotheken 10,8 %. Der Kostenanteil „Miete“ beträgt – soweit es Angaben gibt – in ambulanten Arztpraxen 11,7 %, in Zahnarztpraxen 6,7 % und bei Heilmittelerbringern 19,9 %. Quellen: ZI-Praxispanel (2018); Statistisches Bundesamt (2016/2017/2018); Deutscher Apotheker Verband (2017).

⁴⁵ Bedeutung des Mehrumsatzes als Anteil am Mehrumsatz insgesamt: ambulante ärztliche Versorgung 48,8 %, Zahnarztpraxen 24,8 %, Krankenhäuser 5,8 %, Heilmittelerbringer 7,9 %, Apotheken 1,0 %. Quelle: WIP (2017/2018).

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
	Regions- und Kreistyp ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Raumordnungsregion Mittlerer Oberrhein	1	95.698.776 €	50.130 €	62.630 €	62.372 €
Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	7.774.002 €	35.498 €	44.423 €	36.342 €
Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	26.942.309 €	37.947 €	47.517 €	51.848 €
Landkreis Karlsruhe	2	44.006.934 €	66.176 €	80.599 €	78.495 €
Landkreis Rastatt	2	16.975.531 €	53.891 €	70.731 €	69.534 €
Raumordnungsregion Neckar-Alb	2	61.802.066 €	47.983 €	57.277 €	57.234 €
Landkreis Reutlingen	2	22.498.172 €	44.996 €	53.062 €	53.733 €
Landkreis Tübingen	2	23.654.394 €	47.214 €	58.696 €	61.573 €
Landkreis Zollernalbkreis	2	15.649.500 €	54.528 €	62.101 €	56.187 €
Raumordnungsregion Nordschwarzwald	2	46.879.508 €	49.192 €	61.041 €	54.598 €
Landkreis Calw	2	13.066.423 €	52.687 €	63.739 €	55.358 €
Landkreis Enzkreis	2	17.400.734 €	67.184 €	81.694 €	75.718 €
Landkreis Freudenstadt	3	8.580.395 €	51.074 €	64.033 €	57.822 €
Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	7.831.956 €	28.173 €	36.259 €	31.050 €
Raumordnungsregion Ostwürttemberg	2	33.606.731 €	50.689 €	59.905 €	59.624 €
Landkreis Heidenheim	2	8.313.085 €	41.985 €	48.615 €	45.432 €
Landkreis Ostalbkreis	2	25.293.646 €	54.395 €	64.856 €	65.847 €
Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	36.858.524 €	45.787 €	56.880 €	52.526 €
Landkreis Rottweil	2	11.232.924 €	46.610 €	58.505 €	54.462 €
Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	16.329.186 €	43.544 €	54.070 €	48.716 €
Landkreis Tuttlingen	2	9.296.414 €	49.187 €	60.366 €	57.586 €
Raumordnungsregion Stuttgart	1	211.430.675 €	43.468 €	54.297 €	60.867 €
Landkreis Böblingen	2	25.756.071 €	44.871 €	53.325 €	66.951 €
Landkreis Esslingen	2	43.371.828 €	50.315 €	66.419 €	71.867 €
Landkreis Göppingen	2	20.057.180 €	54.652 €	65.121 €	62.659 €
Landkreis Ludwigsburg	2	42.417.939 €	45.318 €	56.183 €	61.083 €
Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	36.091.756 €	58.591 €	69.810 €	70.388 €
Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	43.735.900 €	28.983 €	37.127 €	47.489 €
Raumordnungsregion Südlicher Oberrhein	2	101.974.450 €	42.278 €	51.659 €	48.940 €
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	30.073.910 €	59.435 €	70.596 €	63.393 €
Landkreis Emmendingen	2	15.391.273 €	49.649 €	61.076 €	57.158 €
Kreisfreie Stadt Freiburg	1	22.822.109 €	25.993 €	31.178 €	34.166 €
Landkreis Ortenaukreis	2	33.687.158 €	46.918 €	59.729 €	53.527 €
Raumordnungsregion Unterer Neckar	1	98.313.404 €	38.389 €	46.550 €	47.579 €
Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	15.000.067 €	24.671 €	29.528 €	33.923 €
Kreisfreie Stadt Mannheim	1	18.193.682 €	23.001 €	27.034 €	28.774 €
Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	12.376.588 €	59.218 €	69.531 €	59.857 €
Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	52.743.066 €	55.344 €	70.044 €	70.697 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkeransätzen, 3 = Ländliche Region bzw. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind z. B. die im Main-Tauber-Kreis (Landkreis Sigmaringen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 53.505 € (63.324 €) real 62.537 € (72.143 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region – wenn der ärztliche „Kosten-Warenkorb“ der Mehrumsätze mit in die Betrachtungen einbezogen wird – im baden-württembergischen Realwert-Vergleich gut da.

In Großstädten und Ballungsräumen (Kreistyp 1 & Regionstyp 1) zeigt sich ein im Trend umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen – bei Ausnahmen – i. d. R. deutlich oder „maßvoll“ unter denen in der Nominalwert-Analyse. Vor allem – aber nicht nur – zeigt sich das für die Kreistypen 1 (und 2) im Großraum Stuttgart. Liegen zum Beispiel in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Stuttgart (im Landkreis Böblingen) bei 55,9 Mio. € (32,3 Mio. €) oder 47.489 € (66.951 €) je niedergelassenem Arzt, zeigen die preisbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 43,7 Mio. € (25,8 Mio. €) an. Damit liegt die Stadt Stuttgart (der Landkreis Böblingen) mit einem Mehrumsatz-Realwert von 37.127 € (53.325 €) je ambulant niedergelassenem Arzt – genauso wie zum Beispiel die Stadt Karlsruhe (47.517 €) – im unteren Drittel der Landkreise und kreisfreien Städte.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Kreisen, Städten und Raumordnungsregionen immer ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“, der im Hohenlohekreis einen jährlichen Realwert von 7,3 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Ostwürttemberg einen Realwert von 33,6 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 27.034 € (Stadt Mannheim) beziehungsweise 46.550 € (Raumordnungsregion Unterer Neckar) zur Verfügung. Für Baden-Württemberg ergibt sich damit zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 27.034 € und 86.503 € (46.550 € und 69.406 €).

4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten

Im politischen Diskurs ist häufig zu hören, dass Privatversicherte ungleich zwischen Stadt und Land verteilt seien und dementsprechend die medizinische Infrastruktur ungleich von den Mehrumsätzen der Privatpatienten profitiere. Detaillierte Messungen und Zahlen, die zeigen, ob es tatsächlich relevante Ungleichgewichte gibt und, wenn ja, wie stark diese Ungleichverteilung ist, existieren nicht. Bisher konnten lediglich Durchschnittswerte und Spannweiten erste Hinweise dazu liefern.

Durchschnittswerte und Spannweiten sind statistisch gegenüber wenigen Ausreißern und Extremwerten empfindlich. So gibt der Regionalatlas Baden-Württemberg auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 9,0 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel die kreisfreie Stadt Pforzheim mit einem PKV-Marktanteil von 7,7 % von einem PKV-Marktanteil von rund 16,7 % in der kreisfreien Stadt Baden-Baden kontrastiert wird. Im Kern werden in Baden-Württemberg damit die Verteilung der Privatversicherten und deren Mehrumsätze unter anderem auch, aber nicht nur von städtischen Siedlungsstrukturen beeinflusst. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung überzeichnen, zumal Städte in der Regel auch als medizinische „Mitversorger“ für das Umland dienen.

Ein Verteilungsmaß, das weniger anfällig gegenüber Ausreißern ist und damit ein differenzierteres Bild erlaubt, ist die Standardabweichung. Die Standardabweichung misst, wie stark die Streuung der Werte um den Mittelwert ist. Sie gibt an, wie weit die einzelnen Werte im Durchschnitt vom Mittelwert entfernt sind. Extremwerte und Ausreißer haben bei der Standardabweichung zwar einen gewissen, aber nicht überdimensionierten Einfluss auf das Verteilungsmaß. Eine relativ niedrige Standardabweichung sagt aus, dass die Daten nahe beieinander beziehungsweise nahe am Mittelwert liegen und damit nicht so stark streuen. Eine relativ hohe Standardabweichung dagegen deutet darauf hin, dass die Daten weit auseinanderliegen. Im konkreten Fall der Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur bedeutet eine hohe Standardabweichung, dass die Anteile der Privatversicherten an der Bevölkerung regional stärker variieren, während eine niedrige Standardabweichung eine regional relativ niedrige Ungleichverteilung anzeigt.

4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse

Tabelle 10 fasst die Messungen zur (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen zu Nominalwerten zusammen. Dabei zeigt sich unter anderem, dass sich die Verteilung der ambulant tätigen Ärzte je 100.000 Einwohner zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten – wie prinzipiell bekannt und in Abbildung 1 im Anhang grafisch veranschaulicht – streut. Die Variationsweite als Differenz zwischen der größten und der niedrigsten Ärztedichte in den Regionen beträgt 272, die Standardabweichung 69, das heißt: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 69 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 189 ab.⁴⁶

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt um 2,1 Prozentpunkte vom Mittelwert (11,7 %) ab.⁴⁷ Die Mehrumsätze sind zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten je nach Bezugsgröße entsprechend verteilt. Bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner beträgt die Variationsweite als Differenz zwischen dem größten und dem niedrigsten Wert 111 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 26 € vom Mittelwert 146 € ab.⁴⁸ Vergleichbare Standardabweichungen finden sich bei den Mehrumsätzen je ambulant

⁴⁶ Die durchschnittliche Abweichung von 69 vom Mittelwert 189 entspricht rund 37 %.

⁴⁷ Die durchschnittliche Abweichung von 2,1 %-Punkten vom Mittelwert 11,7 % entspricht rund 18 %.

⁴⁸ Die durchschnittliche Abweichung von 26 € vom Mittelwert 146 € entspricht rund 18 %.

tätigem Arzt (niedergelassenem Arzt). Mit einer Standardabweichung von 10.936 € (13.043 €) weichen diese im Durchschnitt um rund 11.000 € bis 13.000 € vom Mittelwert in Höhe von 46.527 € (56.791 €) ab.⁴⁹

Kreis- und Stadtgrenzen verzerren die Messung von (Un-)gleichverteilungen in doppelter Hinsicht. Zum einen ignorieren Stadt- und Kreisgrenzen die medizinische Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche Umland. Darüber hinaus entstehen soziodemografische Verzerrungen, weil in zu Landkreisen gehörigen „Speckgürteln“ rund um kreisfreie Städte überproportional viele Privatversicherte leben. Die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Raumordnungsregionen vermeiden in der Regel diese Verzerrungen und stellen deshalb die bessere Wahl dar, um zum Beispiel mittels Standardabweichung die regionale (Un-)gleichverteilung der Bedeutung von Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur richtig ohne Verzerrungen einzuordnen.

Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Baden-Württemberg)

Baden-Württemberg	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	189	272	69
PKV-Marktanteil	11,7 %	9,0 %-Punkte	2,1 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	146 €	111 €	26 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	46.527 €	42.491 €	10.936 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	56.791 €	51.720 €	13.043 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	181	74	24
PKV-Marktanteil	11,7 %	3,3 %-Punkte	1,2 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	146 €	40 €	15 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	45.915 €	17.417 €	5.113 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	56.186 €	21.171 €	6.104 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streuen alle Beobachtungsgrößen weniger als zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Unter anderem ist die Aussage, die Ärzte seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, sowohl statistisch als auch visualisiert (vgl. Abbildung 2 im Anhang) zu relativieren. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 74, die entsprechende Standardabweichung 24, d. h.: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 24 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 181 ab.⁵⁰ Das ist deutlich weniger als bei Festhalten an den verzerrenden Stadt- und Kreisgrenzen.

⁴⁹ Die durchschnittliche Abweichung von 10.936 € (13.043 €) vom Mittelwert 46.527 € (56.791 €) entspricht rund 24 beziehungsweise 23 %.

⁵⁰ Die durchschnittliche Abweichung von 24 vom Mittelwert 181 entspricht rund 13 %.

Ähnliches gilt bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 15 € vom Mittelwert 146 € ab.⁵¹ Und auch die Verteilung der ambulanten Mehrumsätze stellt sich gleichmäßiger dar als es die verzerrende Stadt- und Kreisanalyse zunächst signalisiert hat. Bei den Mehrumsätzen je ambulant tätigem Arzt (niedergelassenem Arzt) weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 5.113 € (6.104 €) vom Mittelwert 45.915 € (56.186 €) ab.⁵² Insgesamt stellt sich das – wenn die starren Stadt- und Kreisgrenzen überwunden werden – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse

Die Häufigkeit der Privatversicherten in den Regionen – der regionale PKV-Marktanteil – ist lediglich einer von drei bestimmenden Faktoren, mit denen die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in den Raumordnungseinheiten quantifiziert werden kann. In der Nominalwert-Analyse der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen bleiben sowohl das durchschnittliche Alter von Privatversicherten in den Regionen („Privatversicherte in den Städten sind im Durchschnitt jünger“) als auch das regionale Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer („Mehrumsätze in der Stadt sind i. d. R. real weniger wert“) unberücksichtigt. Eine altersadjustierte Realwert-Analyse bezieht regionale Alters- und ärztliche Kostenunterschiede mit ein. Die Messung der (Un-) gleichverteilung in der altersadjustierten Realwert-Analyse ergibt folgendes Bild:

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung

Altersadjustierte Realwert-Analyse (Baden-Württemberg)

Baden-Württemberg	Ø [Mittelwert]	V=V _{max} -V _{min} [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	47.602 €	48.588 €	11.941 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	58.079 €	59.470 €	14.150 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	46.528 €	18.806 €	5.142 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	56.938 €	22.856 €	6.138 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Auch in der Realwertanalyse zeigt sich, dass die an starren Kreis- und Stadtgrenzen festhaltende Analyse nach Landkreisen und kreisfreien Städten die Ungleichheiten überzeichnet. Im flexibleren Konzept der Raumordnungsregionen weisen alle Beobachtungsparameter auf signifikant niedrigere Streuungen zwischen den Raumordnungsregionen hin. Unter anderem ist die Aussage, die regional bei ambulanten Ärzten verbleibenden Realwerte der Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, zu relativieren. Die Variationsweite beträgt 22.856 €, die entsprechende Standardabweichung 6.138 €, das heißt: In den baden-württembergischen Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem

⁵¹ Die durchschnittliche Abweichung von 15 € vom Mittelwert 146 € entspricht rund 10 %.

⁵² Die durchschnittliche Abweichung von 5.113 € (6.104 €) vom Mittelwert 45.915 € (56.186 €) entspricht rund 11,1 % bzw. 10,9 %.

Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 6.138 € vom Mittelwert 56.938 € ab.⁵³ Das stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine relativ gleichmäßige Verteilung dar.

4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?

Die Verteilungsmaße aus Abschnitt 4.1 und 4.2 haben sowohl in der Nominal- als auch in der Realwertanalyse angezeigt, dass regionale Ungleichverteilungen von Privatversicherten und den durch sie ausgelösten Mehrumsätze signifikant abnehmen, wenn starre Stadt- und Kreisgrenzen überwunden werden und das flexiblere Konzept der Raumordnungsregionen angewandt wird. Die Frage, ob eher städtische oder ländliche Regionen von den Privatversicherten profitieren, bleibt damit allerdings noch unbeantwortet. Die in Tabelle 12 zusammengefassten Zahlen können in diesem Zusammenhang interessante Erkenntnisse liefern.

Der Anteil der Privatversicherten in Baden-Württemberg ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil bei „guten“ 10,7 beziehungsweise 11,0 %, in kreisfreien Großstädten und städtischen Kreisen (Kreistyp 1 & 2) mit 11,9 % beziehungsweise 12,0 % nur unwesentlich darüber.

Für die medizinische Versorgung auf dem Land sind allerdings nicht die Marktanteile der Privatversicherten in den Regionen von Relevanz, sondern unter anderem die Mehrumsätze, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen. Dabei lässt sich für Baden-Württemberg folgendes Ergebnis feststellen: Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind – mit Ausnahme des Kreistyps 4 – die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt umso höher, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. Dabei verfügt selbst der in Baden-Württemberg einzige sehr ländliche, dünn besiedelte Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4) – je niedergelassenem Arzt – über höhere Mehrumsätze als die kreisfreien Großstädte des Kreistyps 1.

Ähnliche Zusammenhänge lassen sich – abgemildert – auch auf Ebene der Raumordnungsregionen zwischen den Regionstypen 1 und 2 beobachten. Als (überraschendes) Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass weder die Großstädte (Kreistyp 1) noch die sehr ländlichen Gebiete (Kreistyp 4), sondern vor allem die verstädterten „Zwischenregionen“ (Kreistyp 2 & 3 beziehungsweise Regionstyp 2) überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

Das häufig aus den Medien gelernte Bild von den dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehender (und deutlicher) als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Auch in diesem Fall hinterlassen Privatversicherte – mit Ausnahme des in Baden-Württemberg nur einmal vorkommenden Kreistyps 4 – umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. Fasst man in diesem Zusammenhang die städtischen Kreistypen 1 & 2 beziehungsweise die ländlichen Kreistypen 3 & 4 zusammen, ergibt sich, dass in den ländlichen Kreistypen auf jeden niedergelassenen Arzt Mehrumsätze (Realwert) in Höhe von 67.454 € entfallen. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den städtischen Kreistypen erzielen dagegen lediglich 55.669 € (vgl. dazu auch Abbildung 15 im Anhang). Ein Ergebnis, an dem sich auch beim Übergang von Kreistypen auf Raumordnungsregionstypen nichts ändert. Die medizinischen Versorgungsstrukturen der Raumordnungsregionen des Regionstyps 2 profitieren im Durchschnitt mehr als die Ballungsgebiete des Regionstyps 1.

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal sind die Privatversicherten in Baden-Württemberg – auch im Vergleich zu anderen Flächenländern in Deutschland – relativ gleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen verteilt. Darüber hinaus existieren auch in Baden-Württemberg Alters- und Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land. Offensichtlich entfalten der höhere

⁵³ Die durchschnittliche Abweichung von 6.138 € vom Mittelwert 56.938 € entspricht rund 11 %.

Altersdurchschnitt der Privatversicherten in ländlichen Regionen und das dort vorherrschende (ärztliche) Preis- und Kostenniveau (zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Lohn- und Mietkosten) eine erkennbare Wirkung. Die in Baden-Württemberg kaum wahrnehmbare relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Städten verliert dabei vollständig an Bedeutung. Die Nominal-, vor allem aber die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien ausschließlich für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Baden-Württemberg	Landkreise & kreisfreie Städte				Raumordnungsregionen		
	Kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1)	Städtische Kreise (Kreistyp 2)	Ländliche Kreise (verdichtet) (Kreistyp 3)	Ländliche Kreise (dünn besiedelt) (Kreistyp 4)	Städtische Regionen (Regionstyp 1)	Regionen mit Verstärkung (Regionstyp 2)	Ländliche Regionen (Regionstyp 3)
PKV-Marktanteil	11,9 %	12,0 %	10,7 %	11,0 %	12,6 %	11,5 %	-
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant tätigem Arzt	29.620 €	49.796 €	52.564 €	45.219 €	45.963 €	47.260 €	-
je ambulant niedergel. Arzt	36.898 €	60.860 €	63.361 €	53.505 €	56.939 €	57.545 €	-
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant tätigem Arzt	27.612 €	50.705 €	56.464 €	52.852 €	43.996 €	47.373 €	-
je ambulant niedergel. Arzt	34.423 €	61.964 €	68.068 €	62.537 €	54.492 €	57.753 €	-

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse des PKV-Regionalatlases Baden-Württemberg lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Dabei zeigt sich, wie die Regionen im Mehrumsatz-Vergleich je ambulant niedergelassenem Arzt abschneiden. Neben den kreisfreien Städten, Landkreisen und Raumordnungsregionen (Abschnitt 5.1.) sollen in diesem Zusammenhang auch sogenannte Ankerregionen (Abschnitt 5.2) mit in die Überlegungen einbezogen werden.

5.1 Ranking nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen

Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) offenbart zunächst einmal, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen immer oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Stuttgart sind stets im unteren Viertel des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Main-Tauber (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 62.537 € anfallen (Rang 18 von 44), sind es in den Arztpraxen in Stuttgart (Rang 38 von 44) „nur“ 37.127 Euro jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte (Kreistyp 1) für das Umland zurückzuführen ist.

Abseits der kreisfreien Städte zeigt das Ranking ein relativ heterogenes Bild. Städtische Kreise (Kreistyp 2) und ländliche beziehungsweise sehr dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking vom ländlichen, aber verdichteten Landkreis Waldshut (Kreistyp 3). Aufgrund der überdurchschnittlich vielen Privatversicherten und einer sehr niedrigen Ärztedichte mit relativ niedrigem (ärztlichen) Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von über 86.500 € (Realwert). Das Schlusslicht bildet die kreisfreie, dicht besiedelte Stadt Mannheim (Kreistyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen (ärztlichen) Kostenniveau.

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Landkreis/kreisfreie Stadt	Kreistyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) ¹
1	Landkreis Waldshut	3	86.504 €
2	Landkreis Enzkreis	2	81.694 €
3	Landkreis Karlsruhe	2	80.599 €
4	Landkreis Lörrach	2	72.691 €
5	Landkreis Sigmaringen	3	72.143 €
6	Landkreis Rastatt	2	70.731 €
7	Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	2	70.596 €
8	Landkreis Rhein-Neckar-Kreis	2	70.044 €
9	Landkreis Rems-Murr-Kreis	2	69.810 €
10	Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	3	69.531 €
11	Landkreis Schwäbisch Hall	3	68.772 €
12	Landkreis Esslingen	2	66.419 €
13	Landkreis Göppingen	2	65.121 €

Rang	Landkreis/kreisfreie Stadt	Kreistyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) ¹
14	Landkreis Ostalbkreis	2	64.856 €
15	Landkreis Freudenstadt	3	64.033 €
16	Landkreis Calw	2	63.739 €
17	Landkreis Biberach	3	63.315 €
18	Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	62.537 €
19	Landkreis Zollernalbkreis	2	62.101 €
20	Landkreis Alb-Donau-Kreis	3	61.608 €
21	Landkreis Emmendingen	2	61.077 €
22	Landkreis Tuttlingen	2	60.366 €
23	Landkreis Ortenaukreis	2	59.729 €
24	Landkreis Konstanz	2	59.662 €
25	Landkreis Heilbronn	2	59.428 €
26	Landkreis Tübingen	2	58.696 €
27	Landkreis Hohenlohekreis	3	58.641 €
28	Landkreis Rottweil	2	58.505 €
29	Landkreis Ludwigsburg	2	56.183 €
30	Landkreis Ravensburg	2	55.141 €
31	Landkreis Schwarzwald-Baar-Kreis	2	54.070 €
32	Landkreis Böblingen	2	53.325 €
33	Landkreis Reutlingen	2	53.062 €
34	Landkreis Bodenseekreis	2	52.345 €
35	Landkreis Heidenheim	2	48.615 €
36	Kreisfreie Stadt Karlsruhe	1	47.517 €
37	Kreisfreie Stadt Baden-Baden	2	44.423 €
38	Kreisfreie Stadt Stuttgart	1	37.127 €
39	Kreisfreie Stadt Heilbronn	1	36.266 €
40	Kreisfreie Stadt Pforzheim	1	36.259 €
41	Kreisfreie Stadt Freiburg	1	31.178 €
42	Kreisfreie Stadt Ulm	1	30.472 €
43	Kreisfreie Stadt Heidelberg	1	29.528 €
44	Kreisfreie Stadt Mannheim	1	27.034 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

¹ Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil die Einwohner eines Landkreises oder eines städtischen „Speckgürtels“ (mit relativ vielen Privatversicherten) systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich erneut ein relativ heterogenes Bild, wobei im Trend relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking relativ deutlich von der ländlicheren Hochrhein-Bodensee-Region. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 69.406 € (Realwert). Lediglich im letzten Drittel des Rankings ist dagegen der wirtschaftsstarke Ballungsraum Stuttgart (Regionstyp 1) platziert. Schlusslicht ist die ebenfalls dicht besiedelte Region Unterer

Neckar (Regionstyp 1). In der Region Stuttgart (Unterer Neckar) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 54.297 € (46.550 €).

Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
1	Hochrhein-Bodensee	2	69.406 €
2	Mittlerer Oberrhein	1	62.630 €
3	Nordschwarzwald	2	61.041 €
4	Ostwürttemberg	2	59.905 €
5	Franken	2	57.288 €
6	Neckar-Alb	2	57.277 €
7	Bodensee-Oberschwaben	2	56.992 €
8	Schwarzwald-Baar-Heuberg	2	56.880 €
9	Stuttgart	1	54.297 €
10	Südlicher Oberrhein	2	51.659 €
11	Donau-Iller	2	49.326 €
12	Unterer Neckar	1	46.550 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

¹ Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkeransätzen, 3 = Ländliche Region (in Baden-Württemberg nicht gegeben).

5.2 Ranking nach Ankerregionen

Das vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelte Konzept der Raumordnungsregionen bietet für die vorliegenden Fragestellungen die Gewissheit, dass „Stadt-Umland-Verzerrungen“ systematisch vermieden werden. Neben Vorteilen gibt es aber auch Nachteile. Bei insgesamt 96 Raumordnungsregionen in ganz Deutschland liegt es auf der Hand, dass das Konzept der Raumordnungsregionen insbesondere in ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ein Dilemma, dass nicht ohne Weiteres mit alternativen, kleineren Raumkonzepten, die von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, konsistent auflösbar ist ohne „künstliche“ Grenzen zwischen Regionen entstehen zu lassen, die mehr oder weniger strukturell und wirtschaftlich miteinander verwoben sind.

Mit dem Konzept der Ankerregionen soll trotzdem ein Versuch unternommen werden. Die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise sind dabei der Ausgangspunkt, um sogenannte Ankerregionen zu bilden, die sowohl die „Stadt-Umland-Verzerrungen“ zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen vermeiden, um der (wünschenswerten) Rahmenbedingung einer möglichst wohnortnahen (ambulanten) medizinischen Versorgung Rechnung zu tragen. Die in Tabelle 15 für Baden-Württemberg zusammengestellten Ankerregionen sind mit Blick auf folgende regionalen, wirtschaftlichen und geografischen Strukturmerkmalen identifiziert und gebildet worden.

- › Bildung einer Ankerregion, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig von Landkreisen umschlossen werden. Dabei ist häufig zu beobachten, dass die Ankerstädte sowohl die Verwaltung des

umliegenden Landkreises als auch die der kreisfreien Stadt beherbergen. Auch „Namensidentitäten“ sind nicht selten.

- › Angliederung an eine Ankerregion, wenn sich die Kreisfreiheit von Städten nicht wirtschaftlich oder verwaltungsorganisatorisch, sondern historisch begründen lässt.
- › Bildung einer Ankerregion, die den Grenzen eines einzigen Landkreises entsprechen, wenn es angesichts der geografischen, oft ländlichen und dünn besiedelten Lage des Landkreises keine (größeren) Ankerstädte gibt.
- › Bildung mehrerer Ankerregionen mit jeweils einem identischen Anker, wenn kreisfreie Großstädte – zum Beispiel Stuttgart – von mehreren Landkreisen umgeben sind, gleichzeitig aber das Zusammenfassen aller umgebenden Landkreise mit der Großstadt zu einer nicht zielführenden „Weiträumigkeit“ führt.

Nach den genannten Strukturmerkmalen lassen sich in Baden-Württemberg insgesamt 12 (zusammengefasste) Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 23 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Dabei zeigt das Gesamtbild der Ankerregionen, dass – bis auf eine (Teil-)Ausnahme – alle ländlicheren Ankerregionen (Kreistyp 3 & 4) in der oberen Hälfte des Tableaus platziert sind. Städtische und verstädterte Regionen (Kreistyp 1 & 2) finden sich dagegen vorzugsweise in der unteren Hälfte. Angeführt wird das Ranking von den Ankerregionen Waldshut, Lörrach und Sigmaringen. Zu den Schlusslichtern gehören die dicht besiedelten Ankerregionen Stuttgart I-IV sowie die wirtschaftsstarke Regionen entlang der Rhein-Neckar-Schiene. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Heidelberg-Mannheim (Kreistyp 1+2/Rang 32 von 35) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 43.491 €. In der Ankerregion Stuttgart III (Kreistyp 1+2)/Rang 31 von 35) sind es „nur“ 43.695 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen wirtschaftlich starken Regionen auf relativ viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen (ärztlichen) Kostenniveau treffen.

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
1	Waldshut	Landkreis Waldshut	3	86.504 €
2	Lörrach	Landkreis Lörrach	2	72.691 €
3	Sigmaringen	Landkreis Sigmaringen	3	72.143 €
4	Neckar-Odenwald	Landkreis Neckar-Odenwald	3	69.531 €
5	Schwäbisch Hall	Landkreis Schwäbisch Hall	3	68.772 €
6	Göppingen	Landkreis Göppingen	2	65.121 €
7	Ostalbkreis	Landkreis Ostalbkreis	2	64.856 €
8	Freudenstadt	Landkreis Freudenstadt	3	64.033 €
9	Calw	Landkreis Calw	2	63.739 €
10	Biberach	Landkreis Biberach	3	63.315 €
11	Karlsruhe	Kreisfreie Stadt Karlsruhe & Landkreis Karlsruhe	1+2	62.634 €
12	Main-Tauber	Landkreis Main-Tauber-Kreis	4	62.537 €
13	Zollernalb	Landkreis Zollernalbkreis	2	62.101 €
14	Tuttlingen	Landkreis Tuttlingen	2	60.366 €
15	Ortenau	Landkreis Ortenaukreis	2	59.729 €
16	Konstanz	Landkreis Konstanz	2	59.662 €
17	Tübingen	Landkreis Tübingen	2	58.696 €
18	Baden-Baden	Kreisfreie Stadt Baden-Baden & Landkreis Raststatt	2	59.041 €

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	Mehrumsätze je ambu- lant niedergelassenem Arzt (Realwert)
19	Hohenlohe	Landkreis Hohenlohekreis	3	58.641 €
20	Rottweil	Landkreis Rottweil	2	58.505 €
21	Pforzheim	Kreisfreie Stadt Pforzheim & Landkreis Enzkreis	1+2	58.229 €
22	Ravensburg	Landkreis Ravensburg	2	55.141 €
23	Schwarzwald-Baar	Landkreis Schwarzwald-Baar	2	54.070 €
24	Reutlingen	Landkreis Reutlingen	2	53.062 €
25	Bodensee	Landkreis Bodenseekreis	2	52.345 €
26	Heilbronn	Kreisfreie Stadt Heilbronn & Landkreis Heilbronn	1+2	51.173 €
27	Heidenheim	Landkreis Heidenheim	2	48.615 €
28	Stuttgart II	Kreisfreie Stadt Stuttgart & Landkreis Esslingen	1+2	46.502 €
29	Stuttgart IV	Kreisfreie Stadt Stuttgart & Landkreis Rems-Murr-Kreis	1+2	45.372 €
30	Freiburg I	Kreisfreie Stadt Freiburg & Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	1+2	44.264 €
31	Stuttgart III	Kreisfreie Stadt Stuttgart & Landkreis Ludwigsburg	1+2	43.695 €
32	Heidelberg-Mannheim	Kreisfreie Stadt Heidelberg, kreisfreie Stadt Mannheim & Rhein-Neckar-Kreis	1+2	43.491 €
33	Ulm	Kreisfreie Stadt Ulm & Landkreis Alb-Donau-Kreis	1+3	42.243 €
34	Stuttgart I	Kreisfreie Stadt Stuttgart & Landkreis Böblingen	1+2	41.735 €
35	Freiburg II	Kreisfreie Stadt Freiburg & Landkreis Emmendingen	1+2	38.122 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = kreisfreie Großstadt, 2 = städtischer Kreis, 3 = ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelter ländlicher Kreis.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

Deutschland und Baden-Württemberg stehen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung im internationalen Vergleich gut da. Es gibt überproportional viele Ärzte und eine moderne medizinische Infrastruktur, die sowohl von der GKV als auch von der PKV getragen wird. Denn Privatversicherte leisten für das medizinische Versorgungssystem in Deutschland und Baden-Württemberg einen erheblichen, überproportionalen Finanzierungsbeitrag.

Die zusätzlichen, überproportionalen Mittel, die bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, werden Mehrumsätze genannt. Mit Hilfe dieser jährlich von Privatpatienten durch höhere, nicht budgetierte Vergütung ausgelösten Mehrumsätze können Ärzte und Krankenhäuser in medizinisches Personal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und eine moderne Praxis-, Personal- und Krankenhausinfrastruktur investieren. Davon profitieren auch die gesetzlich Versicherten.

In der gesundheitsökonomischen Literatur ist die Bedeutung der Mehrumsätze für die medizinische Versorgung überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁵⁴ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnter“ sei.⁵⁵

Große Teile der von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze – vor allem die aus den Bereichen ambulante ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Apotheke, Heilmittelerbringung, Hebammenleistungen und Heilpraktiker – lassen sich regional gut verorten. Auf Basis der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, von Vorarbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) legt der Regionalatlas Baden-Württemberg erstmals detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Mehrumsätzen in Baden-Württemberg vor. Dabei wird – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind im Durchschnitt jünger“) und mit Blick auf das regional unterschiedliche Preis- und Kostenniveau („Mehrumsätze in der Stadt sind i. d. R. real weniger wert“) – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Auswertung der Bedeutung der Privatversicherten für die Gesundheitsversorgung vorgenommen. So werden Verzerrungen durch regionale Alters- und ärztliche Kostenunterschiede vermieden. Die Ergebnisse im Überblick:

Baden-Württemberg

- › Baden-Württemberg hat mit einem PKV-Marktanteil von 12,0 % vergleichsweise überdurchschnittlich viele Privatpatienten (Deutschland: 10,6 %).
- › Von den Mehrumsätzen, die in Deutschland bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – in Baden-Württemberg jährlich 1,64 Mrd. €. Je Einwohner entspricht das 150 €.
- › Von den in Baden-Württemberg verbleibenden Mehrumsätzen entfallen 921 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 56.200 € jährlich.

⁵⁴ Vgl. Wasem (2018), Die Versorgungswirklichkeit ist nicht schwarz/weiß – Gesetzliche und private Krankenversicherung in der Versorgung; in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Band 67, Heft 1. S. 48 f.

⁵⁵ Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? S. 7 f.

Landkreise und kreisfreie Städte in Baden-Württemberg

- › Wie in jedem Flächen-Bundesland gibt es in Baden-Württemberg sowohl stärker städtische als auch ländlichere Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Von den insgesamt 44 Landkreisen und kreisfreien Städten in Baden-Württemberg werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 8 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 27 als städtischer Kreis (Kreistyp 2), 8 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 1 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.
- › Die Privatversicherten in Baden-Württemberg sind relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Kreistypen 1 bis 4. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil bei „guten“ 10,7 beziehungsweise 11,0 %, in kreisfreien Großstädten und städtischen Kreisen (Kreistyp 1 & 2) mit 11,9 % beziehungsweise 12,0 % nur unwesentlich darüber. Als Landkarte sind die Marktanteile in Abbildung 3 visualisiert.
- › Mit Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile gibt es in Baden-Württemberg in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten einen in den Regionen verbleibenden „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 11,3 Mio. € (Stadt Baden-Baden) beziehungsweise 97 € je Einwohner (Stadt Pforzheim) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Baden-Württemberg eine in den Regionen verbleibende (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 97 € bis 208 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 150 € je Einwohner. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 3. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 5 visualisiert.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Von diesen Mehrumsätzen profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen abseits vom Großraum Stuttgart und der relativ dicht besiedelten Rhein-Neckar-Schiene. Zum Beispiel liegen im sehr ländlichen Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 53.505 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 28.774 € (Stadt Mannheim/Kreistyp 1) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ zwischen 28.774 € und 80.494 € (Landkreis Waldshut). Der Durchschnitt liegt bei rund 56.200 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 7 visualisiert.

Raumordnungsregionen in Baden-Württemberg

- › Starre Stadt- und Kreisgrenzen ignorieren sowohl die medizinische Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche Umland als auch den Tatbestand, dass in zu Landkreisen gehörigen „Speckgürteln“ rund um kreisfreie Städte überproportional viele Privatversicherte leben. Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel-Exkurs skizzieren:

Beispiel: Kreisfreie Stadt Pforzheim & Landkreis Enzkreis

Die kreisfreie Stadt Pforzheim wird wie ein nach unten geöffneter Ring nahezu vollständig vom Enzkreis umschlossen. Die Kreisverwaltung des Enzkreises liegt in der kreisfreien Stadt Pforzheim, die selbst nicht Teil des Landkreises ist. Alle Verwaltungseinheiten sind damit auf relativ kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. Der Enzkreis hat rund 198.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Pforzheim lediglich 124.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Pforzheim mit 225 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Enzkreis liegt (131 Ärzte je 100.000 Einwohner), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Enzkreis mit einem PKV-Marktanteil von 11,7 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Pforzheim (7,7 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in (eher) ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die

Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Stadt Pforzheim (des Landkreises Enzkreis) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Enzkreis entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 75.718 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der Stadt Pforzheim, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei nur rund 31.050 €. Ein Ergebnis, das mit der Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

- › Im vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Konzept der Raumordnungsregionen werden dagegen alle „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen Beitrag die Privatversicherten zur medizinischen Infrastruktur in den jeweiligen Regionen Baden-Württembergs hinterlassen.
- › Um Raumordnungsregionen zu bilden, unterscheidet das BBSR in Baden-Württemberg zwischen städtischen (Regionstyp 1) und ländlich-verstädterten Regionen (Regionstyp 2). Raumordnungsregionen des Regionstyps 3 – ländliche Regionen mit dünner Besiedlung – lassen sich dagegen nach Definition des BBSR in Baden-Württemberg nicht finden. Jede Raumordnungsregion fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Baden-Württemberg leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Hochrhein-Bodensee (13,3 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 10,0 % in der Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg. Damit gibt es auch im relativ ländlichen Raum einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Als Landkarte sind die PKV-Marktanteile in Abbildung 4 visualisiert.
- › In Baden-Württemberg gibt es auch in ländlichen Regionen einen verbleibenden „Sockel-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Beitrag von 124 € je Einwohner (Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg) nicht unterschreitet. Damit lässt sich zwischen den Raumordnungsregionen eine in den Regionen verbleibende (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 124 € bis 165 € je Einwohner messen. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. In der ambulanten ärztlichen Versorgung existiert auch in ländlichen Raumordnungsregionen ein verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Betrag von 47.579 € je ambulant niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Unterer Neckar) nicht unterschreitet. Je niedergelassenem Arzt ergibt sich damit eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 47.579 € und 68.750 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 7.
- › Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland & Speckgürtel-Phänomen] ist die „Mehrumsatzspanne“ im Konzept der Raumordnungsregionen je niedergelassenem Arzt von 28.774 € bis 80.494 € auf 47.579 € bis 68.750 € erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Baden-Württemberg bei rund 56.200 €.

Altersadjustierte Mehrumsätze

- › In welchem Ausmaß dank privatversicherten Patienten Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, hängt – erstens – von der Zahl der Privatversicherten (PKV-Marktanteil) und – zweitens – vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte.
- › Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland (Baden-Württemberg) liegt bei 45,37 (44,13) Jahren. In den größeren Universitätsstädten Heidelberg und Stuttgart (jeweils Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 43,1 Jahren beziehungsweise 43,8 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 45,7 Jahren im Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4). Im Trend – so die deutschlandweite Beobachtung – sind Privatversicherte in Ballungsregionen,

Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Kreistyp 1 & 2) jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen (Kreistyp 3 & 4).

- › Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die tatsächlichen Mehrumsätze der in den Regionen tätigen medizinischen Leistungserbringer aus. Je älter (jünger) die Privatversicherten im Durchschnitt sind, desto höher (niedriger) sind die regional verbleibenden Mehrumsätze je Privatversicherten. Weil Privatversicherte in Ballungszentren, Universitätsstädten und anderen urbanen Zentren (auf dem Land) relativ jünger (älter) sind, sind die bisher ausgewiesenen Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) nicht immer, aber regelmäßig unterschätzt und in (relativ) städtischen Regionen (Kreistyp 1 & 2) überschätzt worden.
- › Für Baden-Württemberg insgesamt bleibt allerdings festzuhalten, dass die regionalen Altersunterschiede – anders als zum Beispiel in den Bundesländern Bayern, Hessen und NRW – eher zu vernachlässigen sind. Denn die Privatversicherten in Baden-Württemberg sind – unabhängig vom Wohnort – auch im bundesdeutschen Vergleich relativ jung. Hinzu kommt, dass es in Baden-Württemberg sehr ländliche Kreise (Kreistyp 4) eher selten gibt. Die Altersadjustierung der (nominalen) Mehrumsätze führt dementsprechend zu eher kleinen Korrekturen, die das Gesamtbild der regionalen Verteilung von Mehrumsätzen (je niedergelassenem Arzt) in Baden-Württemberg kaum verändert.

Regionale (ärztliche) Kostenstrukturen

- › In welchem Ausmaß dank privatversicherter Patienten Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, hängt – erstens – nicht nur vom PKV-Marktanteil und – zweitens – von den regionalen Altersunterschieden ab, sondern wird – drittens – auch maßgeblich vom regional vorherrschenden (ärztlichen) Kostenniveau beeinflusst. Von den (ärztlichen) Kostenstrukturen hängt nämlich ab, wie viel die in den Regionen verbleibenden Nominal-Mehrumsätze real tatsächlich wert sind.
- › Eine regionale Realwertbestimmung der Mehrumsätze ist annäherungsweise insbesondere für die ambulant niedergelassenen Ärzte möglich. Dazu wird ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für ambulant tätige Ärzte gebildet. Dabei sind als Kostenarten Praxisaufwendungen einzubeziehen, die deutschlandweit einheitlich bzw. quasiainheitlich sind (z. B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z. B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahmekosten).
- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte lässt sich ein regionaler (baden-württembergischer) Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte bilden. Der regionale Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen Ärzten verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Raumordnungsregionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i. d. R. häufiger zum Arzt. Und das ärztliche Preis- und Kostenniveau in der Stadt ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z. B. Gehälter oder Mieten in der Stadt Stuttgart mit denen im Landkreis Schwäbisch-Hall verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Mehrumsätze.
- › Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind zum Beispiel die im Main-Tauber-Kreis (Landkreis Sigmaringen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe

von 53.505 € (63.324 €) real 62.537 € (72.143 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als ländliche Region im Gesamtvergleich gut bis sehr gut da.

- › In Großstädten (Kreistyp 1) zeigt sich ein im Trend umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen – bei Ausnahmen – i. d. R. deutlich oder „maßvoll“ unter denen in der Nominalwert-Analyse. Liegen zum Beispiel in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Stuttgart bei 47.489 € je niedergelassenem Arzt, zeigen die kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 37.127 € je ambulant niedergelassenem Arzt an. Damit liegt die Stadt Stuttgart – genauso wie zum Beispiel die Stadt Karlsruhe (47.517 €) – im unteren Drittel der Landkreise und kreisfreien Städte.
- › Insgesamt verschiebt sich durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen die Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze zum Teil erheblich. Für Baden-Württemberg ergibt sich zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 27.034 € und 86.503 € (46.550 € und 69.406 €). Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 9.

Stadt-Land-Analyse

- › Der Anteil der Privatversicherten ist zwischen Stadt und Land gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Kreistypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 10,7 % bzw. 11 %, in kreisfreien Großstädten und städtischen Kreisen (Kreistyp 1 & 2) mit 11,9 % beziehungsweise 12,0 % nur unwesentlich darüber.
- › Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind bis einschließlich des Kreistyps 3 die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt umso höher, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. Dabei verfügt selbst der in Baden-Württemberg einzige sehr ländliche, dünn besiedelte Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4) – je niedergelassenem Arzt – über höhere Mehrumsätze als die kreisfreien Großstädte des Kreistyps 1.
- › Ähnliche Zusammenhänge gelten auf der Ebene der Raumordnungsregionen. Damit lässt sich resümieren, dass weder die Großstädte (Kreistyp 1) noch die sehr ländlichen Gebiete (Kreistyp 4), sondern vor allem die „Zwischenregionen“ (Kreistyp 2 & 3 bzw. Regionstyp 2) überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.
- › Das gelernte Bild von den dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehend als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Auch in diesem Fall hinterlassen Privatversicherte in den „Zwischenkreisen“ (Kreistyp 2 & 3) je niedergelassenem Arzt den höchsten jährlichen (realen) Mehrumsatz (Kreistyp 2: 61.964 €; Kreistyp 3: 68.068 €). Schlusslicht ist die Großstadt (Kreistyp 1: 34.424 €), noch weit hinter dem sehr dünn besiedelten Kreistyp 4 (62.537 €).
- › Fasst man die städtischen Kreistypen 1 & 2 beziehungsweise die ländlichen Kreistypen 3 & 4 zusammen, ergibt sich, dass in den ländlichen Kreistypen auf jeden niedergelassenen Arzt Mehrumsätze (Realwert) in Höhe von 67.454 € entfallen. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den städtischen Kreistypen erzielen bei einer ambulanten Niederlassung dagegen lediglich 55.669 € pro Jahr (vgl. dazu auch Abbildung 15 im Anhang).
- › Die Ergebnisse lassen sich in Landkarten veranschaulichen. In Abbildung 8 sind die altersadjustierten Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt als Realwert nach Landkreisen und kreisfreien Städten visualisiert. Dabei lässt sich am Beispiel der wirtschaftsstarken Region Stuttgart farblich nachvollziehen, dass durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen – im Vergleich zur Abbildung 7 mit den entsprechenden Nominalwerten von nicht altersadjustierten Mehrumsätzen – das Gewicht der

von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Versorgung aus dem Ballungsraum heraus ins Ländlichere „wandert“.

- › Im Konzept der Raumordnungsregionen, das „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermeidet, bestätigt sich das Bild von der „farblichen“ Veränderung in Richtung Land. Die „farblichen“ Unterschiede zwischen Abbildung 9 und 10 sind allerdings nur auf den zweiten Blick wahrnehmbar, weil in Baden-Württemberg auch schon ohne Berücksichtigung von regionalen Alters- und Kostenunterschieden die (nominalen) Mehrumsätze in den Raumordnungsregionen (relativ) gleichmäßig verteilt sind.
- › Das Ergebnis lässt sich in Baden-Württemberg gut mit der regionalen Gleichverteilung der Privatversicherten und den ärztlichen Kostenunterschieden zwischen Stadt und Land erklären. Beide Merkmale zeigen eine erkennbare Wirkung. Für Baden-Württemberg entsteht ein Bild von regional verteilten Mehrumsätzen, das der politischen Wahrnehmung deutlich widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich.

Rangordnungen und Rankings

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für Baden-Württemberg lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) zeigt, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen immer oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Stuttgart sind stets im unteren Viertel des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Main-Tauber (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 62.537 € anfallen (Rang 18 von 44), sind es in den Arztpraxen in Stuttgart (Rang 38 von 44) „nur“ 37.127 Euro jährlich.
- › Die Platzierung der kreisfreien Städte ist nicht nur, aber auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte (Kreistyp 1) für das Umland zurückzuführen. Der zusätzliche Blick auf das Ranking abseits der kreisfreien Städte ist dementsprechend sinnvoll. Hier zeigt sich ein relativ heterogenes Bild. Städtische Kreise (Kreistyp 2) und ländliche beziehungsweise sehr dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking vom relativ ländlichen Landkreis Waldshut (Kreistyp 3). Aufgrund überdurchschnittlich vielen Privatversicherten und einer sehr niedrigen Ärztedichte mit relativ niedrigem (ärztlichen) Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von über 86.500 € (Realwert). Das Schlusslicht bildet die kreisfreie Stadt Mannheim (Kreistyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen (ärztlichen) Kostenniveau.
- › Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich ein relativ heterogenes Bild, wobei im Trend relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking relativ deutlich von der ländlicheren Hochrhein-Bodensee-Region. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 69.406 € (Realwert). Lediglich im letzten Drittel des Rankings ist dagegen der wirtschaftsstarke Ballungsraum Stuttgart (Regionstyp 1) platziert. Schlusslicht ist die ebenfalls dicht besiedelte Region Unterer Neckar (Regionstyp 1). In der Region Stuttgart (Unterer Neckar) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 54.297 € (46.550 €).
- › Bei insgesamt 96 Raumordnungsregionen in ganz Deutschland liegt es auf der Hand, dass das Konzept der Raumordnungsregionen insbesondere in ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ankerregionen, die konzeptionell von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, stellen einen „dritten“ Weg dar, um sowohl „Stadt-Umland-Verzerrungen“ als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen zu vermeiden.

- › Ausgangspunkt des Konzepts der Ankerregionen sind die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise. Diese werden zu einer Ankerregion zusammengefasst, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig von (häufig namensgleichen oder -ähnlichen) Landkreisen umschlossen werden.⁵⁶ Gibt es dagegen angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage eines Landkreises keine (größeren) Ankerstädte, bildet der Landkreis seine „eigene“ Ankerregion in seinen eigenen Grenzen.
- › Das Ranking nach Ankerregionen zeigt, dass – bis auf eine (Teil-)Ausnahme – alle ländlicheren Ankerregionen (Kreistyp 3 & 4) in der oberen Hälfte des Tableaus platziert sind. Städtische und verstärkte Regionen (Kreistyp 1 & 2) finden sich dagegen vorzugsweise in der unteren Hälfte. Angeführt wird das Ranking von den Ankerregionen Waldshut, Lörrach und Sigmaringen. Zu den Schlusslichtern gehören die dicht besiedelten Ankerregionen Stuttgart I-IV sowie die wirtschaftsstarken Regionen entlang der Rhein-Neckar-Schiene. So entfallen z. B. in der Ankerregion Heidelberg-Mannheim (Kreistyp 1+2/Rang 32 von 35) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 43.491 €. In dieser wirtschaftlich starken Region treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen (ärztlichen) Kostenniveau.

Der PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg zeigt, dass es in allen Teilen des Bundeslandes einen hohen relevanten Anteil von Privatpatienten gibt. Damit stellen die Mehrumsätze der Privatpatienten sowohl nominal als auch vor allem altersadjustiert und real in wirtschaftlich stärkeren ebenso wie in strukturschwächeren Regionen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur dar. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet „Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁵⁷ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien,⁵⁸ sind damit nicht zu rechtfertigen. Der Mehrumsatz der Privatversicherten kommt regional breit gestreut überall auch gesetzlich Versicherten zu Gute. Der Vorwurf der „unentgeltlichen“ Nutzung der in ländlichen Gebieten von der GKV sichergestellten medizinischen Versorgungsstruktur durch vereinzelte Privatversicherte ist selbst in den ländlichsten Regionen sachlich falsch und nicht haltbar.

In Baden-Württemberg werden in diesem Zusammenhang häufig die Landkreise im Osten und im Nord-Osten genannt. Mit Blick auf die sozioökonomischen Merkmale dieser Landkreise handelt es sich häufig um diejenigen Regionen, die in der politischen Diskussion typischerweise gemeint sind, wenn zum Beispiel vom SPD-Gesundheitsexperten Lauterbach die Position vertreten wird, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land verantwortlich sei und es die meisten Ärzte in größere Städte und Metropolregionen ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁵⁹

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit: In Baden-Württemberg sind die Privatversicherten regional relativ gleichverteilt. Zum Beispiel liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung im ländlichen Neckar-Odenwald-Kreis (Kreistyp 3) bei guten 10,6 %. In der Konsequenz verbleiben im Neckar-Odenwald-Kreis Mehrererlöse von jährlich 19,0 Mio. € oder 132 € je Einwohner, die es nur deshalb gibt, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Ein Großteil davon entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Rechnerisch lassen sich im Neckar-Odenwald-Kreis jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 59.857 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Baden-Württemberg berücksichtigt werden – real 69.531 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenem Arzt weit über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel in der wirtschaftsstarken Ankerregion Heidelberg-Mannheim (43.491 €) oder im dicht besiedelten Großraum Stuttgart (54.297 €) liegt.

Im Ergebnis läuft damit der Vorwurf, dass vor allem wirtschaftsstarke Zentren von dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren, sachlich vollständig ins Leere. Selbst in

⁵⁶ Bildung mehrerer Ankerregionen mit jeweils einem identischen Anker, wenn kreisfreie Großstädte – zum Beispiel Stuttgart – von mehreren Landkreisen umgeben sind, gleichzeitig aber das Zusammenfassen aller umgebenden Landkreise mit der Großstadt zu einer nicht zielführenden „Weiträumigkeit“ führt.

⁵⁷ Vgl. zum Beispiel Etgeton, S. (2018), Tweet vom 24.8.2018.

⁵⁸ Vgl. Straub, C. (2018) für die Barmer GEK, Euroforum-Konferenz PKV aktuell & digital, Berlin 28.8.2018

⁵⁹ Vgl. Lauterbach, K. (2019), Saarbrücker Zeitung 15.5.2019.

strukturschwachen oder ländlichen Kreisen, Städten, Raumordnungs- und Ankerregionen gibt es einen robusten Anteil von Privatversicherten, der niemals unter 7,7 % (Stadt Pforzheim: niedrigster Wert in Baden-Württemberg), 8,4 % (Ankerregion Heidenheim: niedrigster Wert in Baden-Württemberg) beziehungsweise 10,0 % (Raumordnungsregion Schwarzwald-Baar-Heuberg: niedrigster Wert in Baden-Württemberg) sinkt. In diesen Regionen löst eine absolut gewichtige, nichtsdestotrotz relativ kleine Zahl von Privatversicherten erhebliche nominale (altersadjustierte) Mehrumsätze aus, die darüber hinaus auf dem Land noch real relativ viel wert sind. Infolgedessen lassen sich zum Beispiel in den Praxen im Norden oder Nord-Osten Baden-Württembergs relativ mehr Investitionen z. B. in Praxispersonal (Löhne) tätigen. Ohne Privatpatienten würde dagegen – wie unter anderem von Wille et al. (2018) anerkannt – ein Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen. Die Versorgungslandschaft in Deutschland wäre „ausgedünnter“. ⁶⁰ Das Vorurteil, dass im ländlichen Raum einzelne Privatversicherte als „Trittbrettfahrer“ die von der GKV flächendeckend finanzierte medizinische Infrastruktur nutzen, ist mit Blick auf die Höhe des Realwertes der altersadjustierten Mehrumsätze auf dem Lande als substanzlos zu betrachten.

Darüber hinaus widerlegt der PKV-Regionalatlas Baden-Württemberg einen weiteren populären und politischen Irrtum. Dass nämlich für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer insbesondere der Anteil der Privatversicherten von Relevanz sei und es deshalb zu einer Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Wenngleich bereits IGES (2020) in diesem Zusammenhang feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten der Ärzte belegt ist“ ⁶¹, ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für Baden-Württemberg zeigen in diesem Zusammenhang ein differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) mit durchschnittlich 67.454 € im Jahr (Realwert) weit über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1 & 2: 55.669 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 146 Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 200 Ärzte je 100.000 Einwohner). Oder konkreter: Obwohl im Main-Tauber-Kreis (Kreistyp 4) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 62.537 € und in der dicht besiedelten, wirtschaftsstarken Ankerregion Heidelberg-Mannheim (Kreistyp 1) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 43.491 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Main-Tauber-Kreis mit 171 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Region Heidelberg-Mannheim (233).

Oder: Obwohl im Landkreis Waldshut von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 86.504 € und in der Landeshauptstadt Stuttgart (im Großraum Stuttgart) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 37.127 € (54.297 €) p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der ländlichen Region Waldshut mit 137 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Landeshauptstadt Stuttgart (im Großraum Stuttgart) mit 240 (176) Ärzten je 100.000 Einwohner. Mit anderen Worten formuliert heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Realwert von Mehrumsätzen durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderem zeigen Arbeiten von Vogt (2016) ⁶² und Sundmacher & Ozegowski (2016) ⁶³ und Arentz (2017) ⁶⁴, dass bei der Niederlassungsentscheidung von deutschen Ärzten der Anteil der Privatversicherten eine (politisch) überschätzte, tatsächlich vollständig untergeordnete

60 Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?, S. 7 f.

61 Vgl. dazu IGES (2020), Geteilter Krankenversicherungsmarkt – Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, S. 30, 32 und 39.

62 Vgl. Vogt, V. (2016): The contribution of locational factors to regional variations in office-based physicians in Germany, in: Health policy (Amsterdam, Netherlands), Vol. 120, No. 2, pp. 198–204.

63 Vgl. Sundmacher, L.; Ozegowski, S. (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany, in: The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care, Vol. 17, No. 4, pp. 443–451.

64 Vgl. Arentz, C (2017), Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Rolle spielen. Von sehr großem Gewicht für die Standortwahl der medizinischen Leistungserbringer sind dagegen Faktoren wie Urbanität, Work-Life-Balance, (Arbeits-) Umfeld für Partner und Familie, Freizeitwert, Kulturangebot, Häufigkeit von Notdiensten, Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Nähe zu Krankenhäusern und Universitätskliniken.⁶⁵

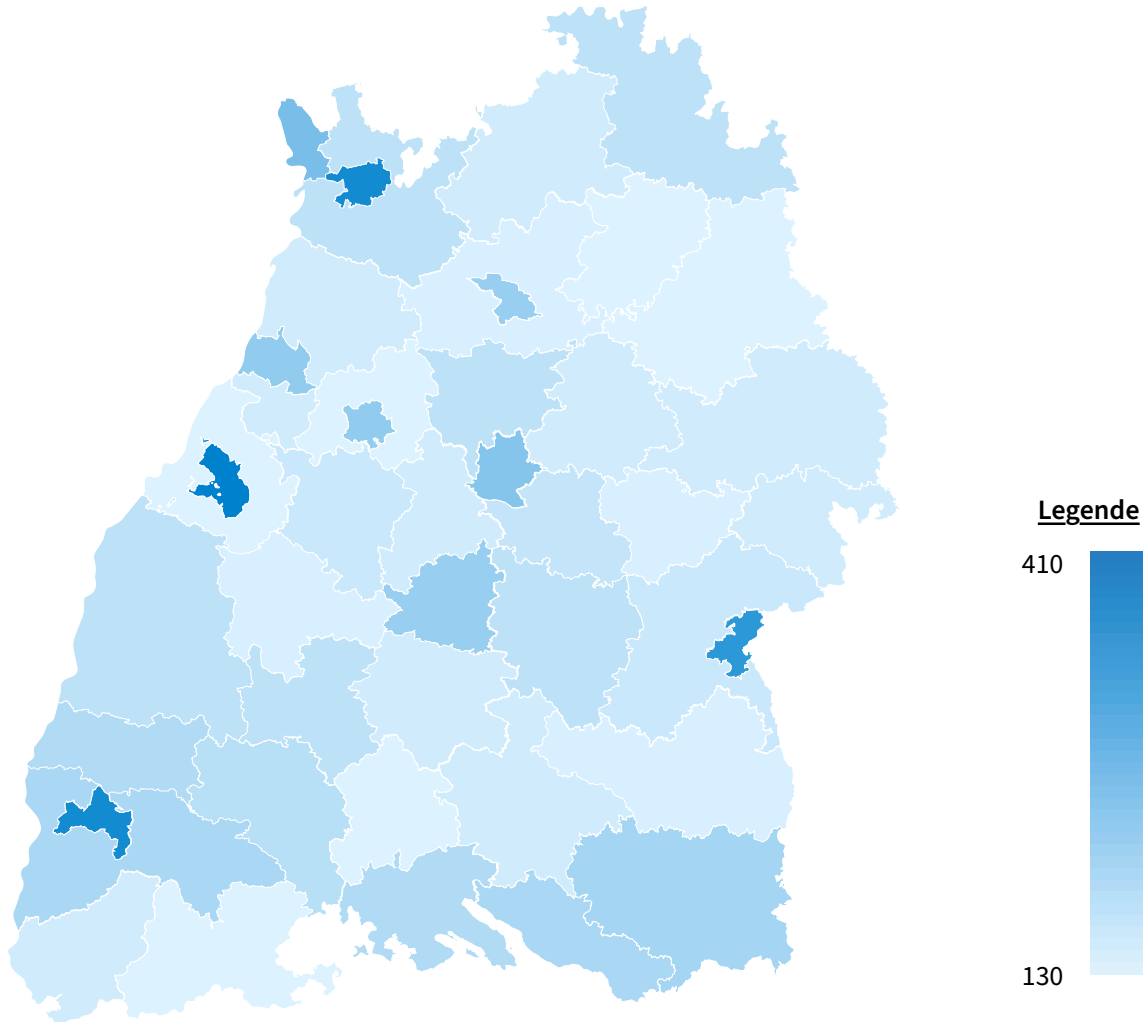
Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Bei der Standortentscheidung für die Ärzte bleibt das Argument „Urbanität“ maßgebend. An auf dem Land von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätzen mangelt es sowohl nominal und vor allem real nicht. Denn gerade im ländlichen und strukturschwachen Raum sind die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in den „boomenden“ großstädtischen Regionen. Damit leisten die Privatversicherten – so das Fazit – einen maßgeblichen, überproportionalen Beitrag, dem Ziel regional gleichwertiger(er) Lebensverhältnisse zumindest näher zu kommen. Im Umkehrschluss heißt das: Ohne Privatversicherte würde die Gesundheitsversorgung (nicht nur auf dem Land) in Quantität und Qualität an Tragfähigkeit verlieren. Das kann – zusammen mit anderen standortpolitischen Parametern – die Lebensbedingungen vor Ort verschlechtern und zu wirtschaftlichen Standortnachteilen führen. Denn wo es keine betriebswirtschaftlich tragfähig zu betreibende Arztpraxis gibt, dort lassen sich auch keine jungen Ingenieure mit ihren Familien nieder. Ein Mangelangebot im Bereich der medizinischen Infrastruktur würde dann direkt auch die Wettbewerbsfähigkeit der in Deutschland recht häufig in den Regionen zu findenden Familienbetriebe, Mittelständler und „Weltmarktführer“ berühren. Der Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung ist damit nicht nur ein Beitrag zum Erhalt regionaler, wettbewerbsfähiger Infrastrukturen, sondern auch ein Beitrag zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen. Letztendlich sind damit gesundheitspolitische Forderungen nach einer „Bürgerversicherung“ oder nach einer einheitlichen ärztlichen Gebührenordnung Ausdruck einer häufig in Wahlkämpfen geäußerten parteipolitischen Programmatik, die – bei Umsetzung – direkt (negativ) die Attraktivität der ländlichen und strukturschwachen Regionen berühren würde.

⁶⁵ Vgl. dazu auch C. Braun (2015), Ein ganz besonderes Verhältnis, in: Change – das Magazin der Bertelsmann-Stiftung, S. 3 f.

Anhang

Abbildung 1: Ambulante Ärztedichte

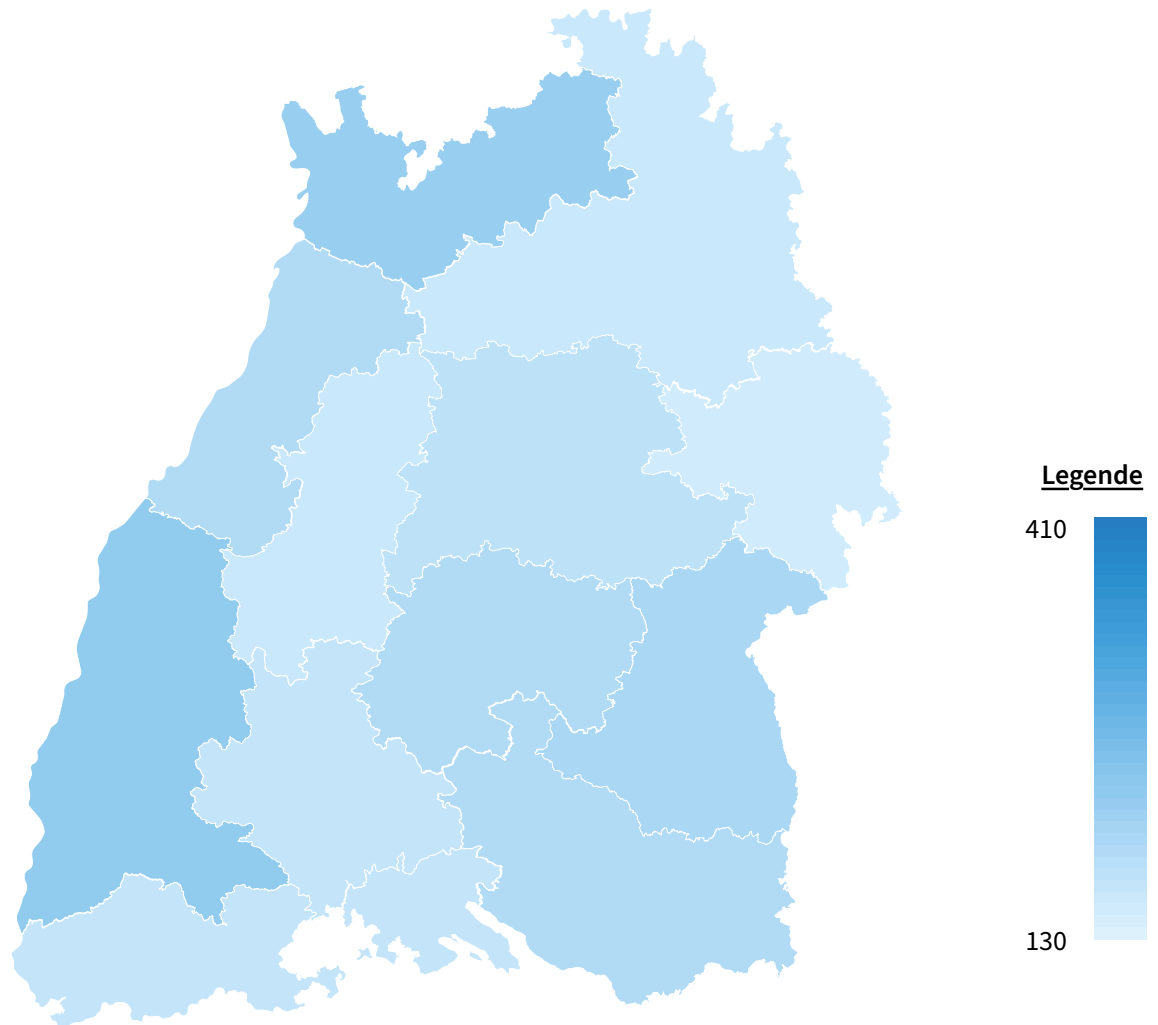
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte

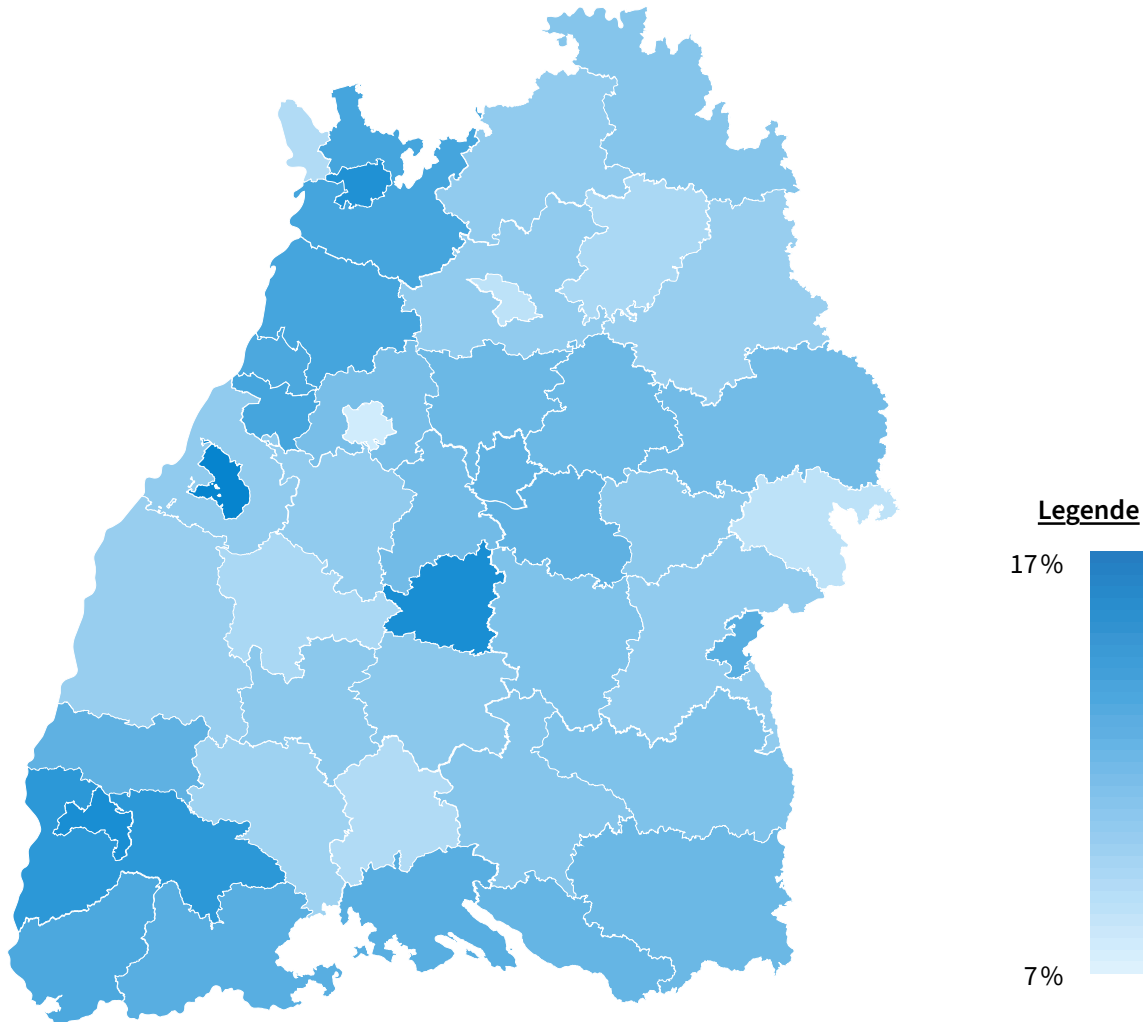
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 3: PKV-Marktanteil

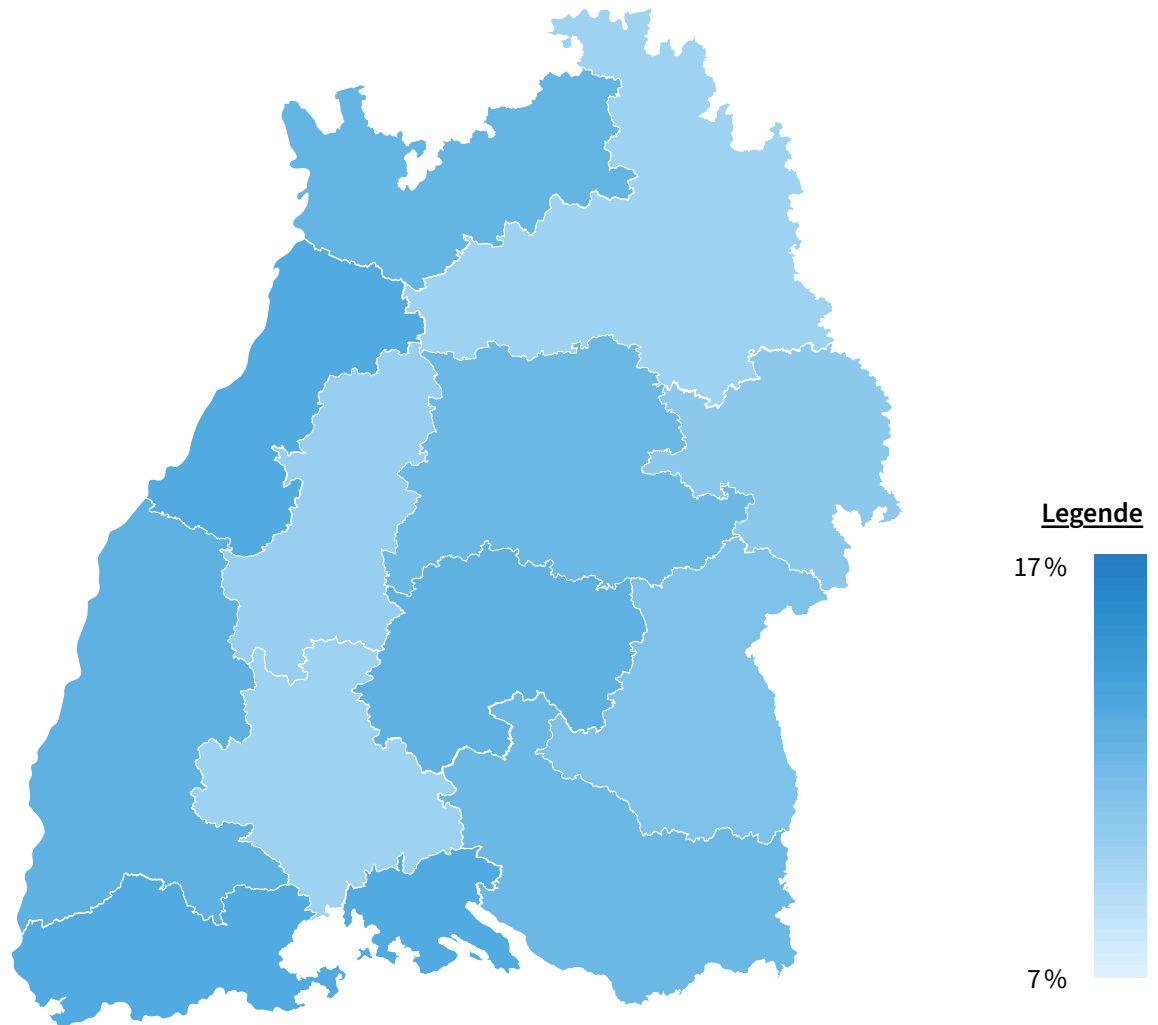
Anteil der PKV-Versicherten in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 4: PKV-Marktanteil

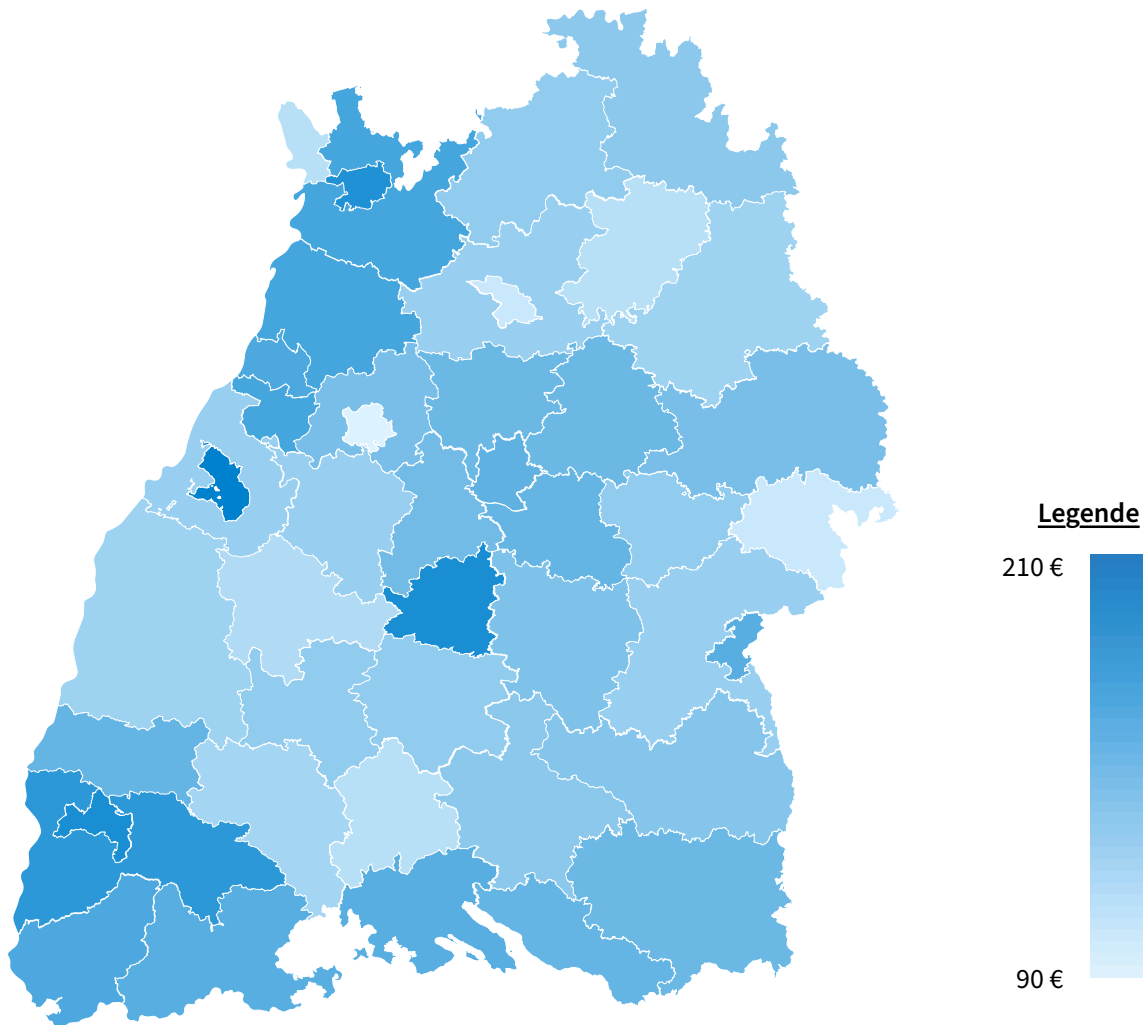
Anteil der PKV-Versicherten in Baden-Württemberg
nach Raumordnungsregionen in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 5: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

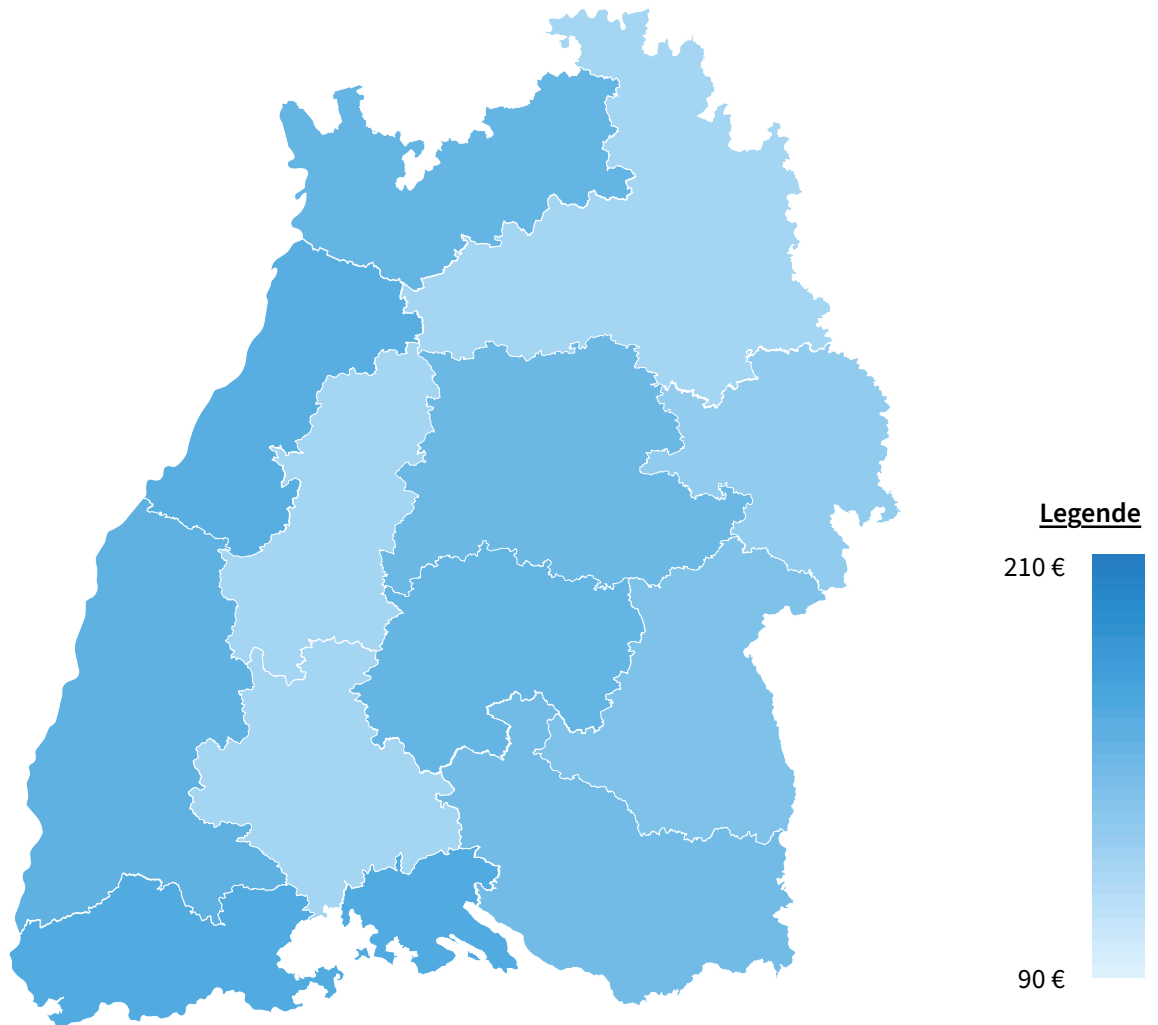
Regional verbleibende Mehrumsätze in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

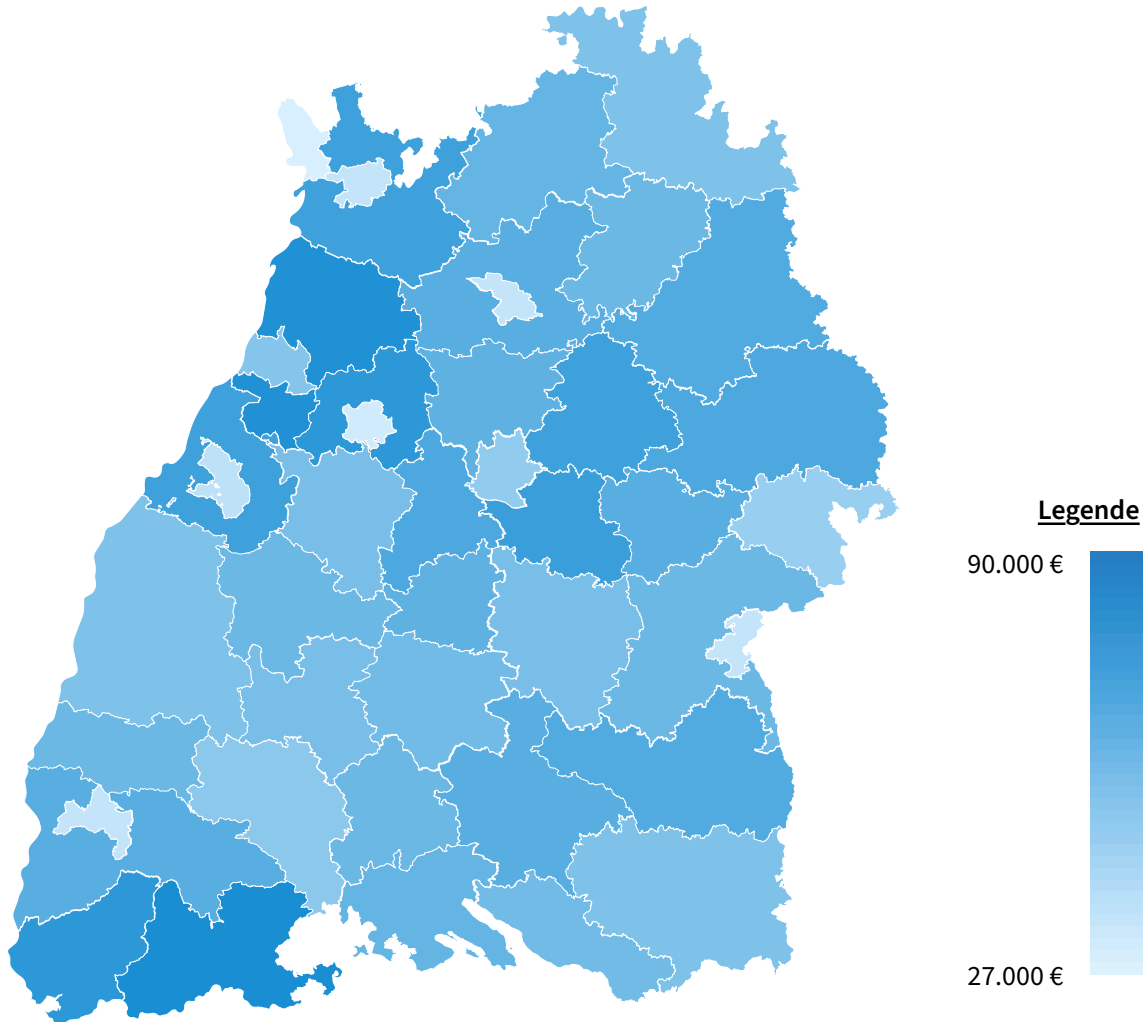
Regional verbleibende Mehrumsätze in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

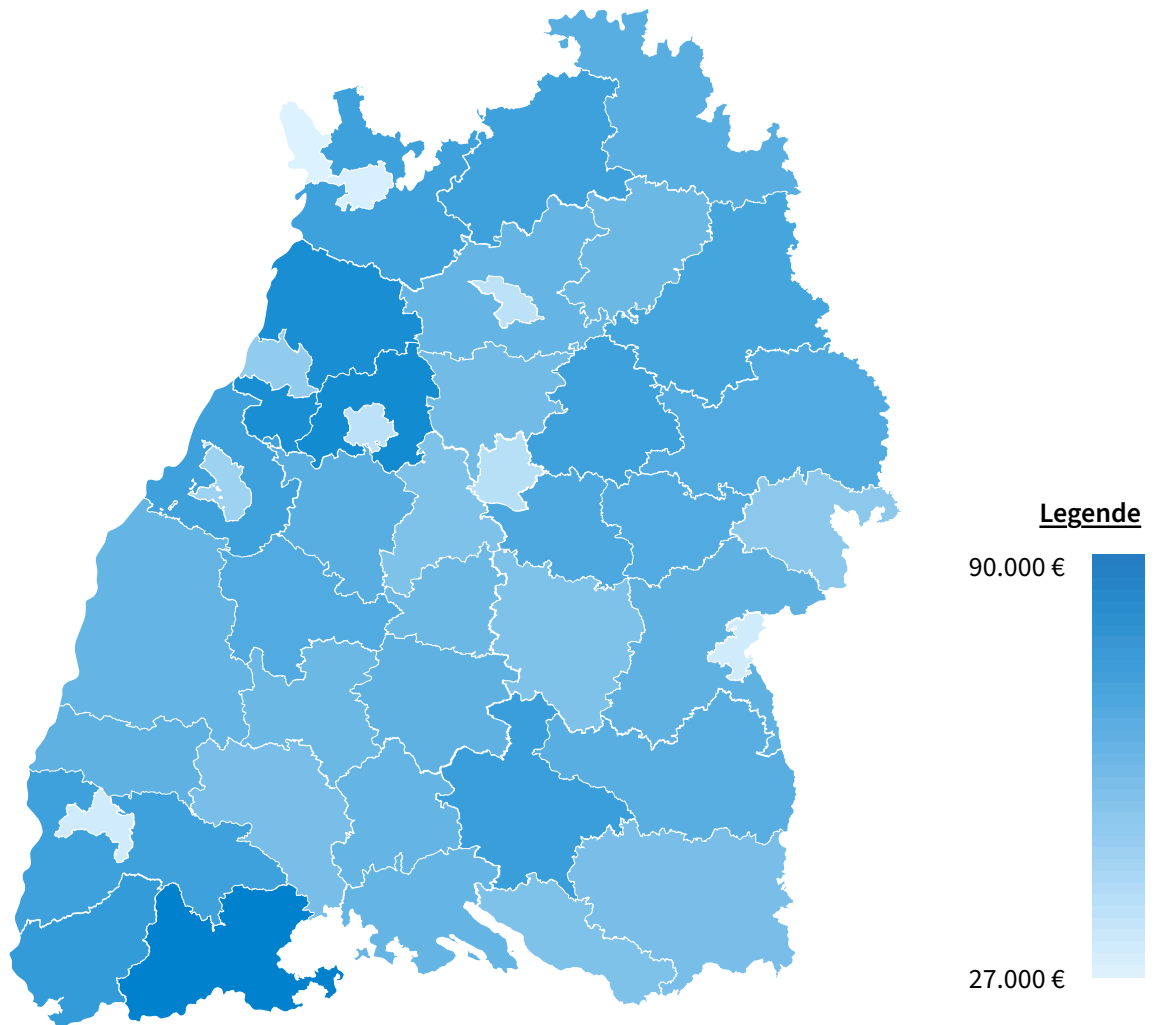
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 8: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

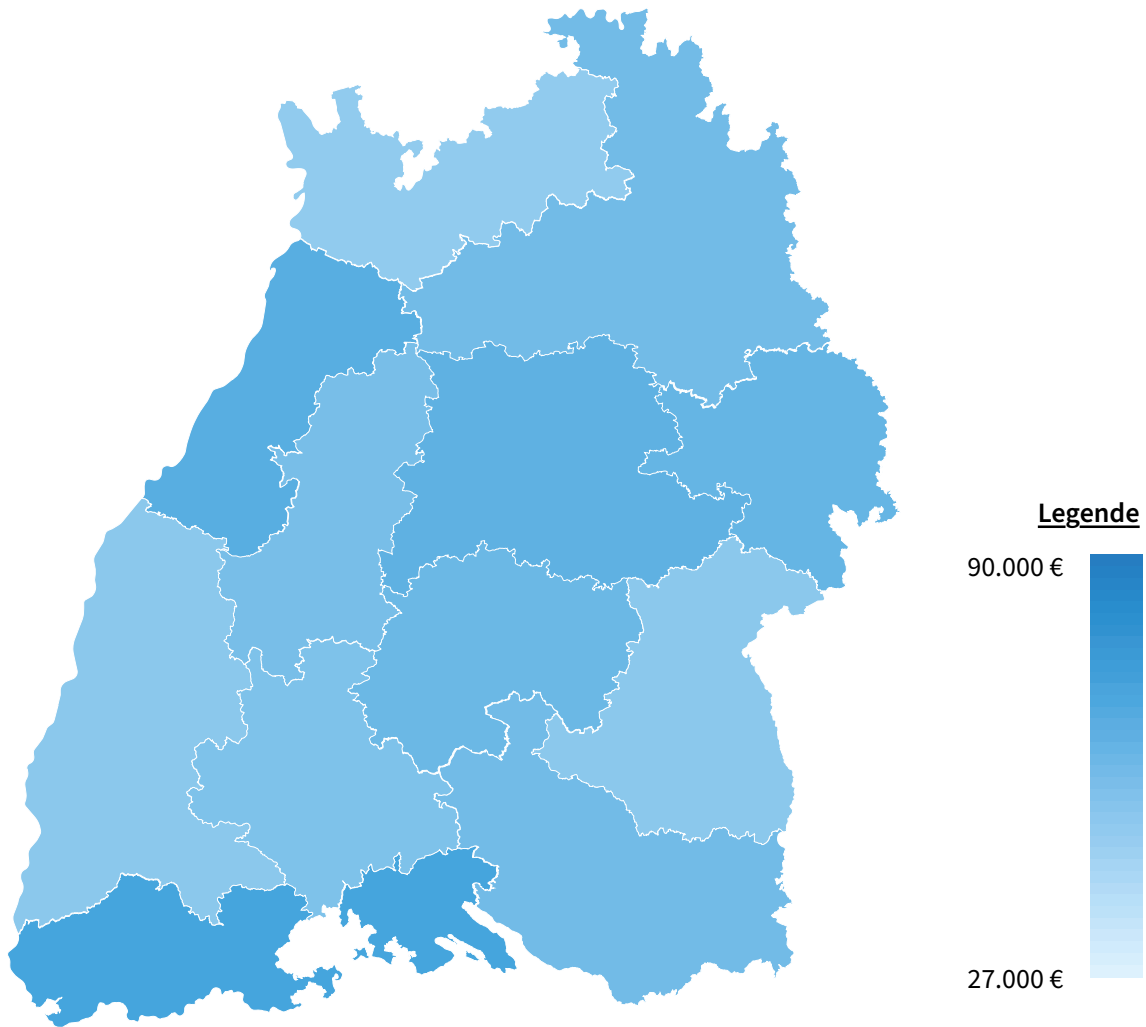
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 9: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

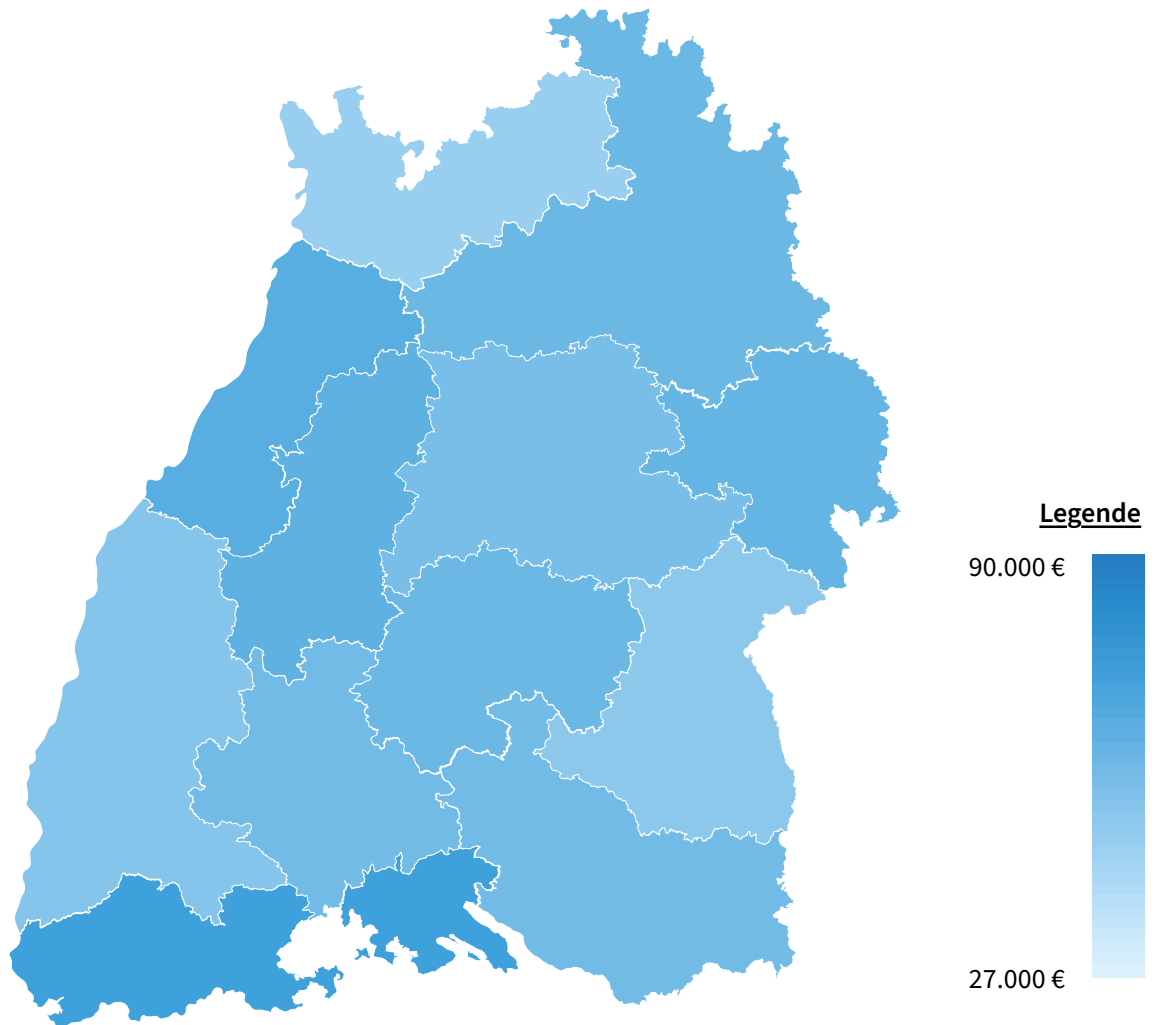
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 10: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

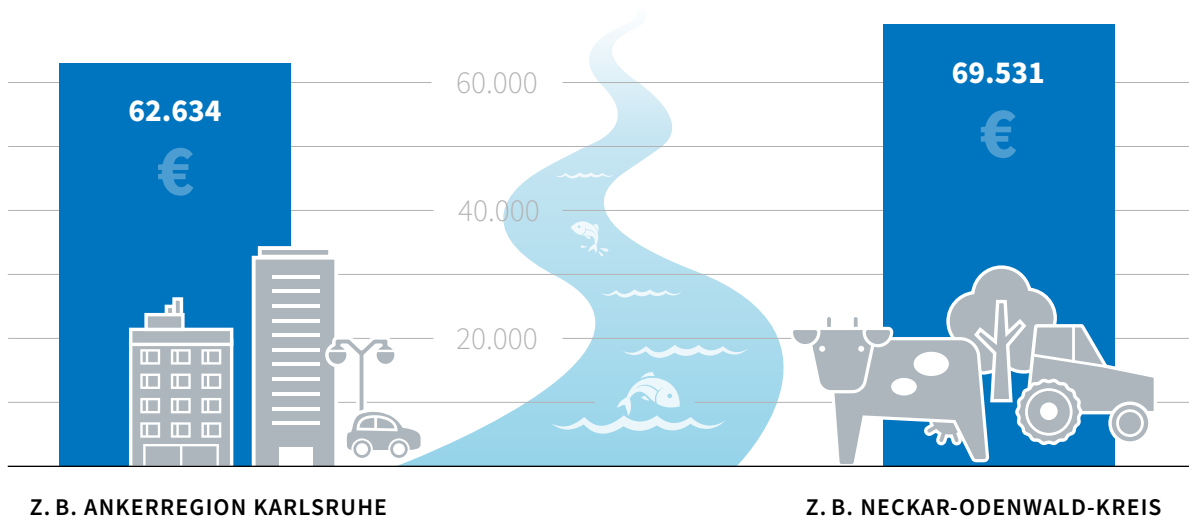
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

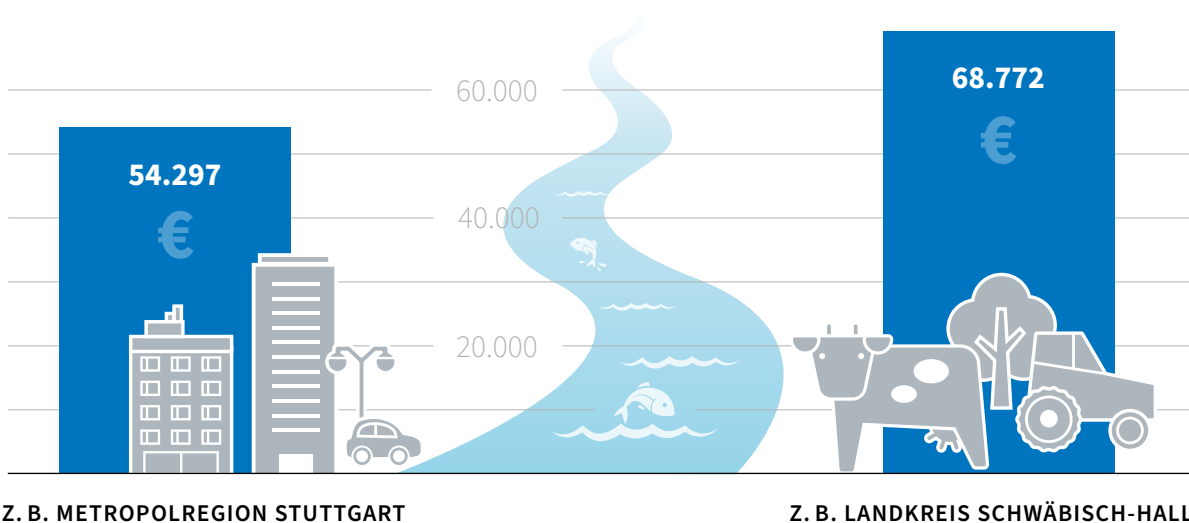
Ankerregion Karlsruhe und Neckar-Odenwald-Kreis im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand Januar 2021

Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

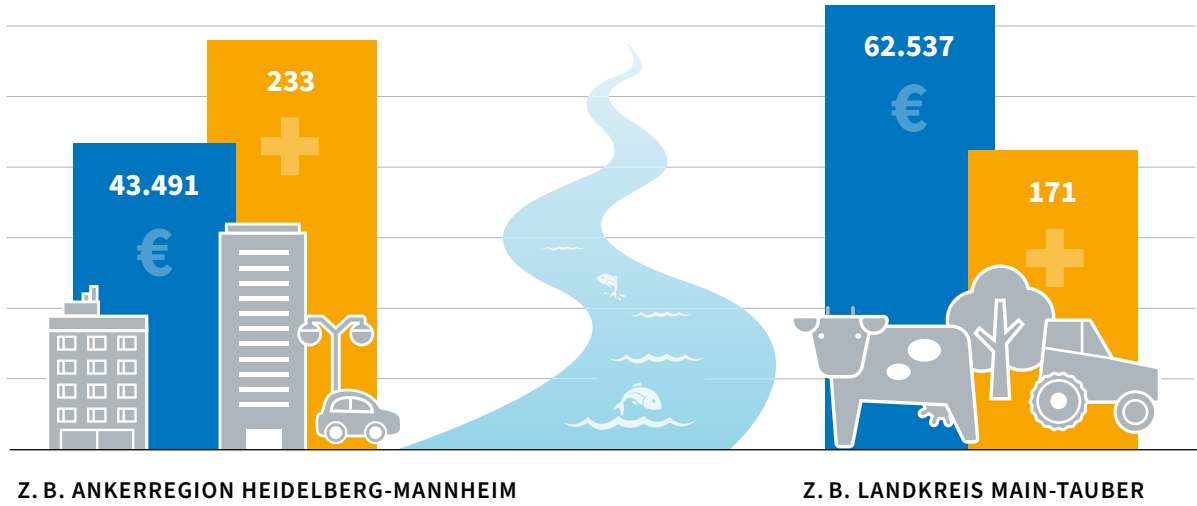
Metropolregion Stuttgart und Landkreis Schwäbisch-Hall im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand Januar 2021

Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

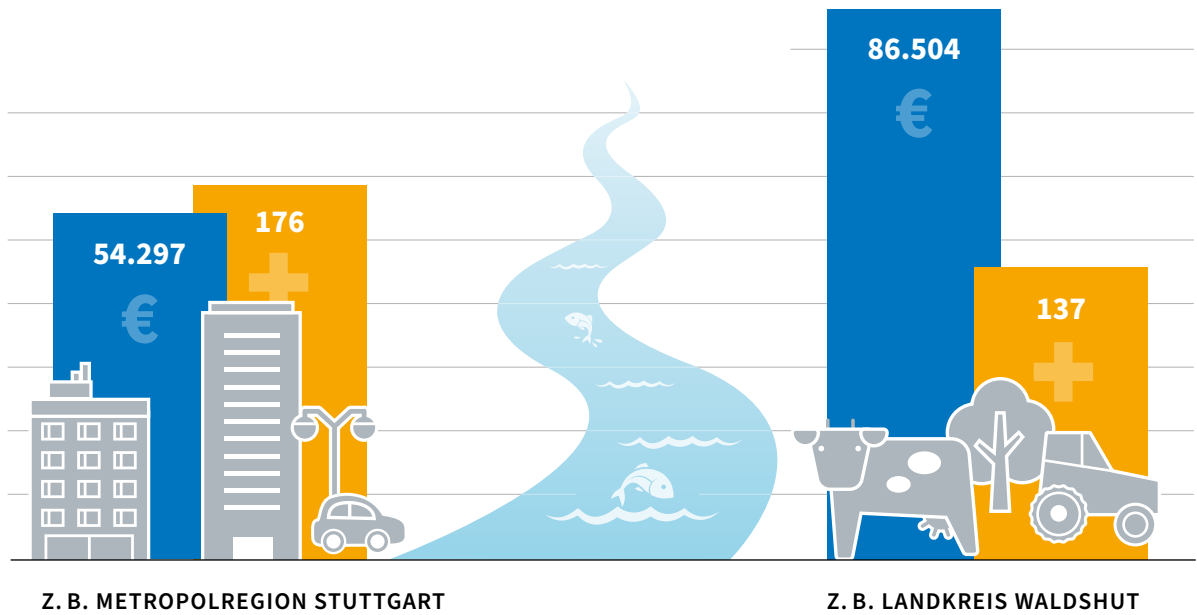
Ankerregion Heidelberg-Mannheim und Landkreis Main-Tauber im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
 Stand Januar 2021

Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

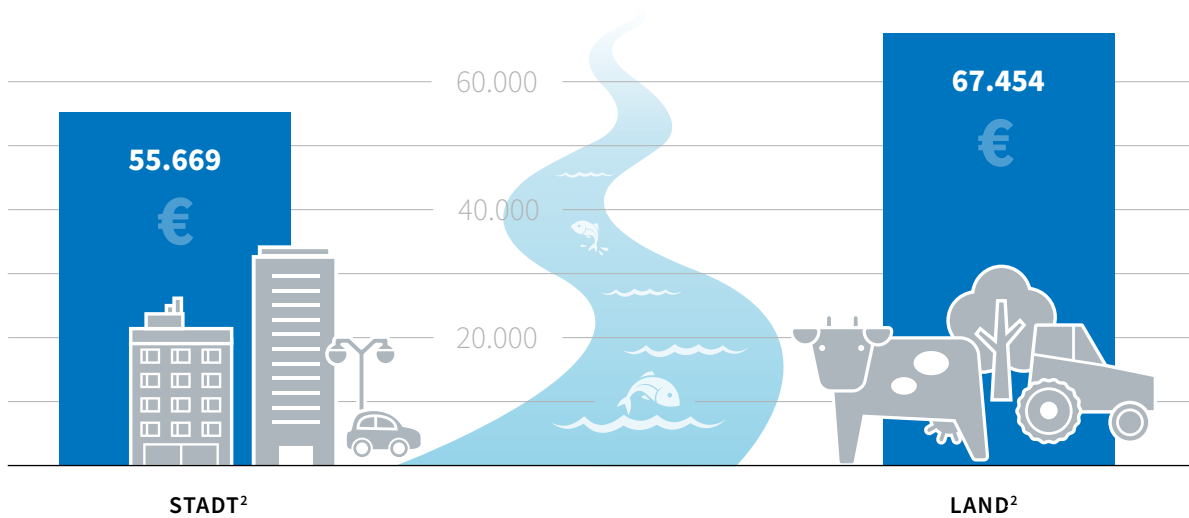
Metropolregion Stuttgart und Landkreis Waldshut im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
 Stand Januar 2021

Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

Stadt und Land im Vergleich



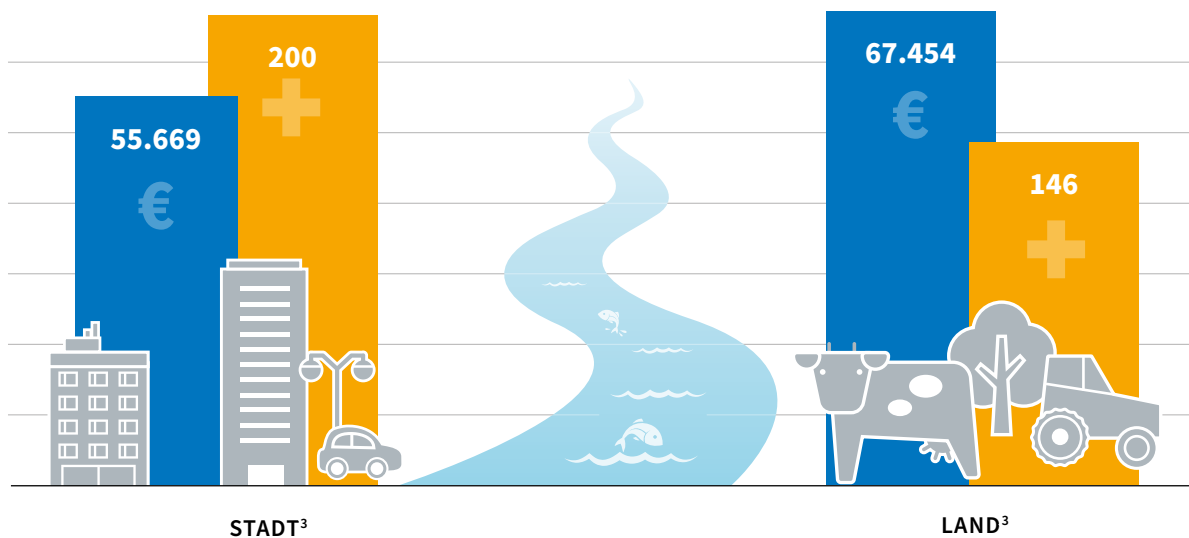
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

2) Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Stand Januar 2021

Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

Stadt und Land im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr

2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner

3) Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Stand Januar 2021



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln
Unter den Linden 21, 10117 Berlin
www.pkv.de