



PKV-Regionalatlas Saarland

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Pavel Asadov





Verband der Privaten
Krankenversicherung



PKV-Regionalatlas Saarland

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Pavel Asadov

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 – 0

Heidestraße 40, 10557 Berlin

Telefon: (030) 20 45 89-20

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

Januar 2023

ISBN: 978-3-9820833-5-3

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Kartenverzeichnis	5
1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“	6
1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung	7
1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik	8
2 Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	10
2.1 Saarland	10
2.2 Landkreise im Saarland	13
2.2.1 Strukturdaten	13
2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	14
2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	15
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	17
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	18
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	18
3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	21
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	23
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	23
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	24
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	25
5 Gesamt-Ranking und Rangordnungen	26
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	27
Anhang	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Saarland	
Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	12
Tabelle 2: Strukturdaten	
Landkreise im Saarland	13
Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	14
Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil) .	15
Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	16
Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil).....	17
Tabelle 5: Gesamtkosten-Index	
Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen	21
Tabelle 6: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr.....	22
Tabelle 7: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen	
Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil	24
Tabelle 8: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen	
Altersadjustierte Realwert-Analyse	24
Tabelle 9: Stadt-Land-Analyse	
Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?	26
Tabelle 10: Ranking nach Landkreisen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	27

Karten- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung	
Kostendeckungs- und Umsatzbeitrag der Privatversicherten im Saarland	34
Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte	
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner nach Landkreisen	35
Abbildung 3: PKV-Marktanteil	
Anteil der PKV-Versicherten nach Landkreisen in Prozent.....	35
Abbildung 4: Nominalwert von Mehrumsätzen	
Mehrumsätze je Einwohner nach Landkreisen.....	36
Abbildung 5: Nominalwert von Mehrumsätzen	
Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen.....	36
Abbildung 6: Realwert von Mehrumsätzen	
Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen.....	37
Abbildung 7: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Großraum Saarbrücken und Landkreis St. Wendel im Vergleich.....	38
Abbildung 8: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Großraum Saarbrücken und Landkreis Merzig-Wadern im Vergleich	38
Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Stadt und Land im Vergleich	39

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Regionalatlas die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

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 Auch die Regierungsparteien bekennen sich im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Grüne und FDP in vielerlei Hinsicht zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in der Stadt und auf dem Land.³ Der Bezugspunkt ist dabei häufig 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 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 SPD, Grüne und FDP (2021), Mehr Fortschritt wagen, S. 127 ff.

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).

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen 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 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 Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Beim Mehrumsatz handelt es sich um die zusätzlichen Finanzmittel, die nicht nur bei den Ärzten, Physiotherapeuten oder im Krankenhaus, sondern bei allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen 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 die Leistungsausgaben – den Umsatz – sowie den Mehrumsatz der Privatversicherten seit dem Jahr 2006 aus. Aktuell liegen die Umsätze der Privatversicherten bei den Leistungserbringern über alle Leistungsbereiche hinweg bei 37,6 Mrd. €. Als Teilmenge davon summieren sich die Mehrumsätze auf über 11,5 Mrd. € jährlich.⁷ Dieser Mehrumsatz-Betrag ginge dem deutschen Gesundheitssystem verloren, wenn die Private Krankenversicherung (PKV) in Vergütungshöhe und Honorararithmetik an das System der GKV angeglichen würde.

Mit Hilfe der Umsätze und 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

⁶ Vgl. dazu u.a. Bahnsen, L. (2022), Kostenbeteiligungen, Wartezeiten und Leistungsumfang: Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme; 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. (2021/2022), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2021/2022.

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 „ausgedünnt“ 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, „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 SPD, Grüne & Linke erheben regelmäßig den Vorwurf, 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 Belege gibt. Hier schließt der PKV-Deutschlandatlas an. Der PKV-Deutschlandatlas legt Analysen zur Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Umsätze und 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 Umsätzen und Mehrumsätzen der Privatversicherten unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums vor.

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.

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. z.B. 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. <https://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis> (Stand: 15.6.2020).

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“ bzw. „kreisfreie Städte“ sowie „Raumordnungsregionen“ sichergestellt. Die Auswertung von räumlich engeren 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 in der Regel als sehr viel „weiträumiger“ zu betrachten. Die 96 in Deutschland existierenden Raumordnungsregionen 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. Grundlage sind die wirtschaftlichen und soziodemografischen Strukturverflechtungen in den Regionen. Im Ergebnis berücksichtigt die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen, dass Städte und verstärkte Kreise z.B. bei der ärztlichen Versorgung der Einwohner eine Mitversorgungsfunktion für das (ländliche) Umland erfüllen.

Die Bedeutung der durch Privatversicherte ausgelösten Einnahmen für die medizinische Infrastruktur in den Bundesländern, Städten und Landkreisen hängt unmittelbar von der Zahl der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Folgerichtig wird im PKV-Deutschlandatlas in einem ersten Schritt eine Auswertung der regionalen Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen vorgenommen (Abschnitt 2). Der regionale Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung hängt allerdings auch vom Durchschnittsalter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten sowie vom Nominal- beziehungsweise Realwert¹⁸ der in den Regionen verbleibenden Einnahmen ab. Mit Blick auf die erheblichen regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer („Einnahmen in der Stadt sind i. d. R. real weniger wert“) wird deshalb in einem zweiten Schritt (Abschnitt 3) – um Verzerrungen durch regionale Alters- und Kostenunterschiede weitestgehend zu vermeiden – eine altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse vorgenommen. Die altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse beschränkt sich dabei auf die Größe der Mehrumsätze. Denn lediglich die Mehrumsätze zeigen den Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung an, den es ohne die PKV beziehungsweise Privatversicherten nicht gäbe.

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 Stadtstaaten einem anliegenden Flächenland zugeordnet. Als Teilbericht liegt hier der Regionalatlas Saarland vor.

Der Regionalatlas Saarland weist – im Vergleich zu allen anderen Regionalatlanten – Besonderheiten auf. Im Saarland gibt es nur Landkreise, keine kreisfreien Städte. Stadt-Umland-Verzerrungen, die entstehen, weil i. d. R. kreisfreie Städte eine medizinische Versorgungsfunktion für das ländliche Umland übernehmen, entfallen. Darüber hinaus bildet das relativ kleine Saarland lediglich eine einzige Raumordnungsregion. Vergleiche zwischen verschiedenen Raumordnungsregionen sind im Saarland demzufolge nicht möglich.

Im Saarland leben knapp 1 Mio. Menschen. Das Gebiet erstreckt sich auf nur rund 2.570 km². In der Region gibt es sowohl urbane Stadtgebiete als auch zahlreiche ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Saarland ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Saarland nicht nur auf eine Darstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahl in den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten wo im Saarland welchen absoluten und relativen finanziellen Nominal- und Realbeitrag zur medizinischen Versorgung leisten.

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.

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

2 Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil

Die Anteile der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung in den Regionen 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 direkt 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 Umsätze und Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur im Saarland insgesamt (Abschnitt 2.1) und in den Landkreisen (Abschnitt 2.2) zu quantifizieren. Dabei sind die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Größen stets (zunächst) als altersunabhängige Nominalwerte, also noch ohne Berücksichtigung regionaler Alters- und Kostenunterschiede, zu betrachten.

2.1 Saarland

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren 2020 insgesamt 8.723.900 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,5 %.²⁰ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall knapp 99.360 Menschen die medizinische Infrastruktur im Saarland. Damit sind im Saarland 10,1 % der Bevölkerung privatversichert.²¹ Die Privatversicherten im Saarland lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich fürs ganze Saarland auf 427,8 Mio. € jährlich beziffern. Eine Teilmenge von den Umsätzen sind die Mehrumsätze. Die Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, summieren sich auf 131,2 Mio. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur im Saarland profitiert allerdings nur von denjenigen Umsätzen und 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.

Bei den Umsätzen stellt sich das Bild damit wie folgt dar: Bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten betragen die von Privatpatienten ausgelösten, in der medizinischen Infrastruktur des Saarlandes verbleibenden Umsätze 335,6 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner in Höhe von rund 341 €. Von den im Saarland rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Umsätzen lassen sich 138,3 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²² zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Umsätze der Privatversicherten – um

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 2020 rund 8.723.900 Menschen krankenvollversichert. Davon leben rund 45.000 Privatversicherte im Ausland. Als „Pendler“ (u.a. Arbeitsplatzpendler) vor allem aus dem benachbarten nahen Ausland in Grenznähe nutzen diese in der Regel die medizinische Infrastruktur in Deutschland. Dementsprechend wird im vorliegenden PKV-Deutschlandatlas vereinfachend davon ausgegangen, dass – bei einer Bevölkerung von 83,2 Mio. (Statistisches Bundesamt) – der Marktanteil der PKV bei rund 10,49 % liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Regionen.

21 Bei einer Bevölkerung im Saarland von 983.991 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2020) entspricht das einem Marktanteil von ca. 10,1 %.

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

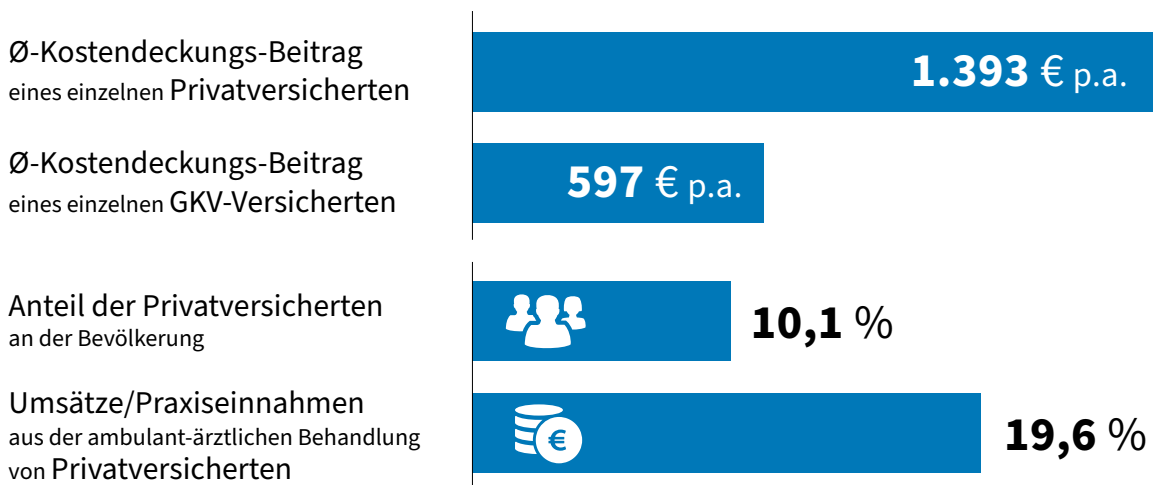
regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der ambulant tätigen Ärzte beziehen.

Für das Saarland als Bundesland hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Umsätze in Höhe von rund 80.800 € (74.400 €) entstehen.^{23 24} Diese Umsatzgrößen lassen sich mit den erzielten Gesamtumsätzen der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Praxen und Versorgungseinheiten in Verbindung bringen. Im Durchschnitt erzielen im Saarland Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 19,6 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl im Saarland nur 10,1 % der Bevölkerung privat versichert sind.

Aus den Umsatzzahlen ergeben sich darüber hinaus konkrete, vom Versichertenstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge. Der durchschnittliche Kosten-Deckungsbeitrag lässt sich als Euro-Beitrag eines versicherten Patienten definieren, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten der medizinischen Infrastruktur – hier im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung – zur Verfügung steht. Der durchschnittliche Kosten-Deckungsbeitrag eines privat Versicherten zu Gunsten der ambulant-ärztlichen Versorgung liegt bei 1.393 € (2020) jährlich.²⁵ Der Kosten-Deckungsbeitrag eines gesetzliche Versicherten summiert sich dagegen laut Ausgabenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lediglich auf 597 € (2020).²⁶ Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärzten einen um den Faktor 2,33 höheren Durchschnittsbeitrag zur Deckung der variablen und fixen Kosten einer Arztpraxis als ein GKV-Versicherter.

Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

Kostendeckungs-Beitrag und Umsatzbeitrag der Privatversicherten im Saarland



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Als Teilgröße der ausgewiesenen Umsätze sind die Mehrumsätze der Privatversicherten bei den medizinischen Leistungserbringern zu betrachten. Von den Mehrumsätzen verbleibt – bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten – im Saarland ein Gesamtbetrag in Höhe von 120,1 Mio. € jährlich. Das entspricht im Saarland einem Mehrumsatz je Einwohner in Höhe von rund 122 €. Von den im Saarland rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 72,5 Mio. € auf die ambulante ärztliche

23 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es im Saarland 1.713 ambulant niedergelassene beziehungsweise 1.860 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.

24 Ein Ausweisen der Umsätze getrennt nach (ambulanten) Facharztgruppen ist nicht möglich, weil alle Haus- und Facharztgruppen i.d.R. auf alle Gebührenziffern in allen Kapiteln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zurückgreifen.

25 (Privatversicherten-Ausgaben für ambulant-ärztliche Versorgung: 12,15 Mrd. €, davon 138 Mio. € im Saarland) / (Zahl der Privatversicherten: 8,72 Mio., davon 99.364 im Saarland).

26 (GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung: 43,78 Mrd. €, davon 0,53 Mrd. € im Saarland) / (Zahl der GKV-Versicherten: 73,27 Mio., davon 0,88 Mio. GKV-Versicherte im Saarland), vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln.

Versorgung²⁷ zurückführen. Für das Saarland hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 42.300 € (39.000 €) jährlich entstehen.^{28 29} Diese Mehrumsätze würden dem deutschen Gesundheitssystem ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen.

Tabelle 1: Saarland

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	189
PKV-Marktanteil	10,1%
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	427,8 Mio. €
Mehrumsätze (jährlich)	131,2 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Umsätze¹	
insgesamt (jährlich)	335,6 Mio. €
je Einwohner	341 €
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	120,1 Mio. €
je Einwohner	122 €
regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	138,3 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	80.800 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	74.400 € ²
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	72,5 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	42.300 € ²
je ambulant tätigem Arzt	39.000 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Ambulante Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen, Leistungen der Heilmittelerbringer, der Heilpraktiker und Apotheken.
- 2 gerundet auf volle Hunderter.

2.2 Landkreise im Saarland

Wie in ganz Deutschland gibt es im Saarland sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Demzufolge haben die überregionalen Zahlen zur Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung insbesondere für die strukturschwachen oder ländlichen Regionen nur eine eingeschränkte

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

28 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es im Saarland zum Stichtagsmonat Mai 2018 1.713 ambulant niedergelassene und 1.860 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.

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

Aussagekraft. Eine Betrachtung nach saarländischen Landkreisen sowie einem Regionalverband ermöglicht eine regionale Differenzierung.

2.2.1 Strukturdaten

Kreisfreie Städte gibt es im Saarland nicht. Das Saarland unterteilt sich in 5 Landkreise und 1 Regionalverband. Sowohl die Landkreise als auch der als Landkreis zu interpretierende Regionalverband Saarbrücken werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) als Landkreise vom Kreistyp 2 klassifiziert.³⁰ Um dennoch unabhängig von dieser Klassifizierung des BBSR zwischen relativ ländlichen und relativ städtischen Regionen im Saarland differenzieren zu können, soll im Folgenden zusätzlich die Bevölkerungsdichte als Maßstab betrachtet werden. Die Bevölkerungsdichte ergibt sich aus der Einwohnerzahl pro Quadratkilometer. Je nach Einwohnerdichte wird den Landkreisen im Saarland ein Dichtetyp zwischen A (sehr dicht besiedelt) bis D (sehr dünn besiedelt) zugeordnet.³¹ Dabei ergibt sich, dass der Regionalverband Saarbrücken (Landkreis St. Wendel) mit 802 (181) Einwohnern pro Quadratkilometer der am dichtesten (dünnsten) besiedelte Landkreis im Saarland ist.

Tabelle 2: Strukturdaten

Landkreise im Saarland

	Kreis- typ ¹	Dichte- typ ²	Ein- wohner ³	Ambulant tätige Ärzte ⁴	Ambulant niedergel. Ärzte ⁴	Ärzte- dichte ⁵
Saarland	-	-	983.991	1.860	1.713	189
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	103.471	151	134	146
Landkreis Neunkirchen	2	B	131.172	207	194	158
Regionalverband Saarbrücken	2	A	327.502	729	656	223
Landkreis Saarlouis	2	B	193.732	352	338	182
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	141.656	276	255	195
Landkreis St. Wendel	2	D	86.458	145	136	168

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 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²
- 3 31.12.2020 (Statistisches Bundesamt).
- 4 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).
- 5 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

30 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.
 31 Für die Dichtetypen nach Einwohner je Quadratkilometer werden folgende Strukturmerkmale herangezogen: A sehr dicht besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte über 600 E./km², B dicht besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 400 bis 600 E./km², C dünn besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 200 bis 400 E./km², D Sehr dünn besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte unter 200 E./km².

2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

Der rechnerische Bezug auf die Zahl der Privatversicherten in den jeweiligen Landkreisen ermöglicht eine regionale Zuordnung der von Privatversicherten bei den Gesundheitsdienstleistern ausgelösten Einnahmen nach PKV-Marktanteil. Dabei sind die regional verbleibenden, aber dennoch aggregierten Umsatz- und Mehrumsatzgrößen 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 auf Privatpatienten zurückzuführenden Umsätze und Mehrumsätze auch mit Bezug zur Einwohnerzahl ausgewiesen.

Im Saarland leben die meisten Privatversicherten im Landkreis Saarpfalz-Kreis. Mit einem PKV-Marktanteil von 12,4 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in dieser Region (vgl. Abbildung 3 im Anhang) über dem Durchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 8,8 % im Landkreis Merzig-Wadern. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 30,8 Mio. € (Landkreis Merzig-Wadern) bzw. von 298 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 298 € bis 418 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt im Saarland bei 341 € je Einwohner.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze¹ im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ²	Dichtetyp ³	Regional verbleibende Umsätze	
			insgesamt	je Einwohner
Saarland	-	-	335,6 Mio. €	341 €
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	30.813.967 €	298 €
Landkreis Neunkirchen	2	B	40.332.863 €	307 €
Regionalverband Saarbrücken	2	A	105.410.599 €	322 €
Landkreis Saarlouis	2	B	63.721.949 €	329 €
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	59.264.181 €	418 €
Landkreis St. Wendel	2	D	36.027.710 €	417 €

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.

3 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

Als Teilmenge sind in den Umsätzen der Privatversicherten die Mehrumsätze enthalten. Die Mehrumsätze machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. Im Saarland entsteht in allen Regionen bei Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 11,0 Mio. € (Landkreis Merzig-Wadern) beziehungsweise von 107 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3b nachzuvollziehende und in Abbildung 4 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 107 € bis 150 € je Einwohner. Der Durchschnitt liegt bei Mehrumsätzen von 122 € je Einwohner.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je EinwohnerRegional verbleibende Mehrumsätze¹ im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ²	Dichtety ³	Regional verbleibende Mehrumsätze	
			insgesamt	je Einwohner
Saarland	-	-	120,1 Mio. €	122 €
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	11.025.438 €	107 €
Landkreis Neunkirchen	2	B	14.431.361 €	110 €
Regionalverband Saarbrücken	2	A	37.716.599 €	115 €
Landkreis Saarlouis	2	B	22.800.129 €	118 €
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	21.205.110 €	150 €
Landkreis St. Wendel	2	D	12.890.949 €	149 €

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.

3 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Umsätzen (Mehrumsätzen) entfallen im Saarland 138,3 Mio. € (72,5 Mio. €) speziell auf die Umsätze (Mehrumsätze) in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um auch bei diesen Umsätzen und Mehrumsätzen eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten mit Bezug zur Zahl der regional niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Ärzte analysiert und tabellarisch aufgearbeitet. Abbildung 5 im Anhang visualisiert graphisch lediglich die Mehrumsätze. Denn nur die Mehrumsätze zeigen den Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.

Von den genannten Umsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 138,3 Mio. € profitieren alle Landkreise im Saarland (Tabelle 4a). In der Gesamtbilanz wird im Saarland je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 66.248 € (Regionalverband Saarbrücken) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine „Umsatzspanne“ zwischen 66.248 € und 109.217 € (Landkreis St. Wendel). Der Durchschnitt liegt im Saarland bei rund 80.800 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ¹	Dichtetyp ²	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
			insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Saarland	-	-	138 Mio. €	74.400 €³	80.800 €³
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	12.703.974 €	84.132 €	94.806 €
Landkreis Neunkirchen	2	B	16.628.423 €	80.331 €	85.714 €
Regionalverband Saarbrücken	2	A	43.458.655 €	59.614 €	66.248 €
Landkreis Saarlouis	2	B	26.271.269 €	74.634 €	77.726 €
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	24.433.422 €	88.527 €	95.817 €
Landkreis St. Wendel	2	D	14.853.495 €	102.438 €	109.217 €

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 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²
- 3 Die Größen je ambulant niedergelassenem Arzt und ambulant tätigen Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt sich der Mehrumsatz der Privatversicherten als Teilmenge der Umsätze dar. Die Mehrumsätze machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. Im Saarland entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 72,5 Mio. €. In der Gesamtbilanz wird im Saarland je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 34.714 € (Regionalverband Saarbrücken) nicht unterschritten. Damit ergibt sich im Saarland eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 34.714 € und 57.230 € (Landkreis St. Wendel). Der Durchschnitt liegt bei rund 42.300 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ¹	Dichtetyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
			insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Saarland	-	-	72,5 Mio. €	39.000 €³	42.300 €³
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	6.656.940 €	44.086 €	49.679 €
Landkreis Neunkirchen	2	B	8.713.369 €	42.094 €	44.914 €
Regionalverband Saarbrücken	2	A	22.772.533 €	31.238 €	34.714 €
Landkreis Saarlouis	2	B	13.766.265 €	39.109 €	40.729 €
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	12.803.224 €	46.388 €	50.209 €
Landkreis St. Wendel	2	D	7.783.299 €	53.678 €	57.230 €

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 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

3 Die Größen je ambulant niedergelassenem Arzt und ambulant tätigen 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 Umsätze und 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 und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer [„Einnahmen in (wirtschaftsstarke) 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.

Die folgende altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse (Abschnitt 3) beschränkt sich genauso wie die sich anschließende Messung der (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten (Abschnitt 4) auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.

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 Landkreisen ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich öfter eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren und damit auch 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 Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) die durchschnittlichen Kopfschäden bei 30-jährigen Versicherten mit über 2.400 € jährlich weit unter dem durchschnittlichen Kopfschaden eines 70-jährigen Versicherten (> 6.000 €) liegen.³²

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 46,74³³; im Saarland bei 48,53 Jahren.³⁴ Im Landkreis St. Wendel (Dichtetyp D) leben mit durchschnittlich 47,51 Jahren relativ viele jüngere Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 49,59 Jahren im Regionalverband Saarbrücken (Dichtetyp A) und im Landkreis Saarlouis (Dichtetyp B/48,02 Jahre). Anders als zum Beispiel in den größeren Flächenländern wie Bayern, Nordrhein-Westfalen oder Baden-Württemberg sind damit im Saarland Privatversicherte in dichter bevölkerten Regionen im Trend nicht jünger, sondern älter als in dünn(er) besiedelten Landkreisen.

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.

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

³² PKV-Kopfschadensstatistik.

³³ Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten liegt nur für die Private Pflegevollversicherung (PPV) vor.

³⁴ PKV-Verbandsstatistik.

Berechnung der Verbraucherpreise³⁵ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärzte sein. Letztere lässt sich dem Zi-Praxis-Panel 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.

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 55 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 55,0 % 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.³⁶
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 22 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 11,4 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen.³⁷ 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 %.³⁸ Für einen im Folgenden zu nutzenden regionalen Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte erscheint demzufolge summa summarum eine annähernde Verdopplung des Ausgangsgewichtes für Mieten [von 11,4 %] auf 22 % angemessen.
- › **Regional abweichende Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit 5 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 5,7 % 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.³⁹
- › **Sonstige regional abweichende Kosten mit 3 %:** 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.

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

36 Vgl. Zi-Praxis-Panel (2020), Jahresbericht 2019, S. 13.

37 Vgl. Zi-Praxis-Panel (2020), Jahresbericht 2019, S. 13.

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

39 Vgl. Zi-Praxis-Panel (2020), Jahresbericht 2019, S.13.

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 (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 6,11 €/m² (Landkreis Neunkirchen) und 7,07 €/m² (Regionalverband Saarbrücken) entnehmen.^{40 41} Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2021). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Saarland zwischen 3.132 € (Landkreis Merzig-Wadern) und 3.616 € (Landkreis Saarpfalz-Kreis).^{42 43}

Eine unmittelbare Datenbasis sowohl für den Teilindex „Regional abweichende Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ als auch für den Teilindex „Sonstige regional abweichende Kosten“ gibt es dagegen nicht. Hilfsweise soll hier deshalb jeweils die in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte Wirtschaftskraft – gemessen als Bruttoinlandsprodukt in den Landkreisen und kreisfreien Städten – zu Grunde gelegt werden. Diese mittelbare Vorgehensweise fußt auf der Annahme, dass sonstige regional abweichende Kosten häufig mit der Wirtschaftskraft vor Ort korrelieren beziehungsweise sich Ärzte bei einer Praxisübernahme häufig auf das jeweilige wirtschaftliche Umfeld der Praxis beziehen. Der Praxiswert wird demnach umso höher veranschlagt, je höher die regionale Wirtschaftskraft liegt. Die entsprechenden Daten lassen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Bundesländer (VGRdL) entnehmen.⁴⁴

Zur Berechnung der Teilindizes aller Kostenarten bedarf es nicht nur einer geeigneten Datenbasis, sondern jeweils auch einer normierten Vergleichsgröße. Im PKV-Regionalatlas Saarland entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt vom Saarland. Diese Orientierung der normierten Vergleichsgröße am Landesdurchschnitt ist schon deshalb angezeigt, weil ärztliche Standortentscheidungen in der Regel nicht bundesweit, sondern innerhalb eines Bundeslandes – gegebenenfalls unter Einbezug angrenzender Stadtstaaten – regional vollzogen werden. Der Gesamtindex und die jeweiligen Teilindizes im Einzelnen:

40 Empirica (2021), im Auftrag des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV).

41 Regionale Preis- und Kostenindices 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.

42 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021), https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1523076&topic_f=beschaeftigung-entgelt-entgelt.

43 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 19 % der Arbeitsverträge von medizinischen Fachangestellten außertariflich oder als Mini-Job vereinbart sind. Weitere 47 % der Arbeitsverträge der medizinischen Fachangestellten lehnen sich lediglich an einen Tarifvertrag an, nur um explizit eine höhere oder eine niedrigere Vergütung oberhalb/unterhalb des Tarifvertrags zu vereinbaren. Nur 34 % werden nach einem einheitlichen Tarifvertrag vergütet. Regional zeigen sich dabei erhebliche Unterschiede. Außertarifliche Vereinbarungen sind eher 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 2018, 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 21.2.2022]. Ein derartiger regionaler Online-Gehaltsvergleich zeigt darüber hinaus auch, dass die regionalen Unterschiede noch weit über die regionalen Versorgungsräume Ost, West, Süd und Nord hinausgehen. So liegen zum Beispiel – wie zu erwarten – die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in Saarbrücken über dem Landesdurchschnitt.

44 Vgl. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGRdL), laufende Veröffentlichungen der Länder unter: <https://www.statistikportal.de/de/veroeffentlichungen/bruttoinlandsprodukt-bruttowertschoepfung-0>.

Tabelle 5: Gesamtkosten-Index

Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen
(zusammengestellt aus Teilindizes)

	Kreistyp ¹	Dichtetyp ²	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen & Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamindex
Gewichtung	-	-	55 %	22 %	8 %	15 %	100 %
Saarland	-	-	100	100	100	100	100
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	90,6	100,6	74,2	100	92,9
Landkreis Neunkirchen	2	B	95,5	90,1	70,2	100	93,0
Regionalverband Saarbrücken	2	A	103,9	104,2	121,5	100	104,8
Landkreis Saarlouis	2	B	96,7	98,3	85,4	100	96,6
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	104,6	102,6	107,4	100	103,7
Landkreis St. Wendel	2	D	95,9	91,3	82,3	100	94,4

Quellen: Empirica (2021); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (2021); Bundesagentur für Arbeit (2021); PKV-Verband (2021)

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.

2 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

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 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 %.⁴⁵ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.⁴⁶

45 Der Kostenanteil „Personal“ beträgt in ambulanten Arztpraxen 55,0 %, 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 11,4 %, in Zahnarztpraxen 6,7 % und bei Heilmittelerbringern 19,9 %. Quellen: ZI-Praxispanel (2020); Statistisches Bundesamt (2016/2017/2018); Deutscher Apotheker Verband (2017).

46 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).

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 6 zeigt die Ergebnisse im Detail. Die Abbildung 6 (vgl. Anhang) visualisiert die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze für die ambulant niedergelassenen Ärzte als Landkarte innerhalb des Saarlandes.

Tabelle 6: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung						
	Kreis- typ ¹	Dichte- typ ²	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Saarland	-	-	76.874.635 €	41.330 €	44.877 €	44.547 €
Landkreis Merzig-Wadern	2	D	7.330.090 €	48.544 €	54.702 €	50.826 €
Landkreis Neunkirchen	2	B	9.914.825 €	47.898 €	51.107 €	47.511 €
Regionalverband Saarbrücken	2	A	23.747.187 €	32.575 €	36.200 €	37.931 €
Landkreis Saarlouis	2	B	14.708.557 €	41.786 €	43.516 €	42.058 €
Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	12.795.500 €	46.361 €	50.178 €	52.047 €
Landkreis St. Wendel	2	D	8.378.477 €	57.783 €	61.606 €	58.172 €

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.

2 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

Die (altersadjustierten) Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. Dabei verlaufen die Effekte der Altersadjustierung und Realwertbetrachtung der Mehrumsätze allerdings zum Teil gegenläufig. Einerseits liegen die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze in der Regel über denen in der Nominalwert-Analyse. Andererseits sind im Saarland – anders als in den größeren Flächenländern wie zum Beispiel Bayern, Nordrhein-Westfalen oder Baden-Württemberg – Privatversicherte in dichter bevölkerten Regionen im Trend nicht jünger, sondern älter als in dünn(er) besiedelten Landkreisen. Im Ergebnis ergibt sich für das Saarland ein recht heterogenes Bild, in dem sich die Realwerte (altersadjustiert) zum Teil nur unwesentlich von den Nominalgrößen unterscheiden.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Landkreisen immer ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“, der in dem Landkreis Merzig-Wadern einen jährlichen Realwert von 7,33 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 36.200 € (Regionalverband Saarbrücken) zur Verfügung. Für das Saarland ergibt sich damit zwischen den Landkreisen eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 36.200 € und 61.606 €. Innerhalb dieser Ergebnisspanne stehen die relativ dünn besiedelten Landkreise innerhalb des Saarlandes gut bis sehr gut dar.

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 Saarland auf der Ebene der Landkreise für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 3,6 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel der Landkreis Merzig-Wadern mit einem PKV-Marktanteil von 8,8 % von einem PKV-Marktanteil von rund 12,4 % im Landkreis Saarpfalz-Kreis kontrastiert wird. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung verzerren, zumal dicht besiedelte Landkreise i. d. R. 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 7 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 den Landkreisen und dem als Landkreis zu interpretierenden Regionalverband – wie prinzipiell bekannt und in Abbildung 2 im Anhang grafisch veranschaulicht – streut. Die Variationsweite als Differenz zwischen der größten und der niedrigsten Ärztedichte in den Regionen des Saarlandes beträgt 77, die Standardabweichung 28, das heißt: In den Landkreisen im Saarland weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 28 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 178 ab.⁴⁷

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt um 1,6 Prozentpunkte vom Mittelwert (10,3 %) ab.⁴⁸ Die Mehrumsätze sind zwischen den Landkreisen je nach Bezugsgröße entsprechend verteilt. Bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner beträgt die Variationsweite als Differenz zwischen dem größten und dem niedrigsten Wert 43 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 20 € vom Mittelwert 125 € ab.⁴⁹ Eine vergleichbare (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 7.916 € weichen diese im Durchschnitt um rund 7.900 € vom Mittelwert in Höhe von 46.246 € ab.⁵⁰

47 Die durchschnittliche Abweichung von 28 vom Mittelwert 178 entspricht rund 16 %.

48 Die durchschnittliche Abweichung von 1,6 %-Punkten vom Mittelwert 10,3 % entspricht rund 16 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 20 € vom Mittelwert 125 € entspricht rund 16 %.

50 Die durchschnittliche Abweichung von 7.916 € vom Mittelwert 46.246 € entspricht rund 17 %.

Tabelle 7: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil

Saarland	\emptyset [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise/Regionalverband			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	178	77	28
PKV-Marktanteil	10,3%	3,6 %-Punkte	1,62 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	125 €	43 €	20 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	46.246 €	22.516 €	7.916 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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 8: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen

Altersadjustierte Realwert-Analyse

Saarland	\emptyset [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise/Regionalverband			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	49.552 €	25.407 €	8.824 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

In der Realwertanalyse zeigt sich, dass bei der Betrachtung der Landkreise und dem als Landkreis zu interpretierendem Regionalverband im Vergleich zur Nominalwert-Analyse keine größeren Streuungs-Veränderungen zu beobachten sind. Bei dem regional bei Ärzten verbleibenden Realwert der Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt beträgt die Variationsweite 25.407 €, die entsprechende Standardabweichung 8.824 €, das heißt: In den Regionen weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um

8.824 € vom Mittelwert 49.552 € ab.⁵¹ Das stellt sich im Vergleich zur Nominalwert-Analyse als eine ähnlich (un-) gleichmäßige Verteilung dar.

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

In der Betrachtung der Verteilungsmaße aus Abschnitt 4.1 und 4.2 blieb die Frage, ob eher städtische oder ländliche Regionen von den Privatversicherten profitieren, unbeantwortet. Hierzu bedarf es eines schon eingeführten Bezugs zur Bevölkerungsdichte als Maßstab für „Ländlichkeit“. Die Bevölkerungsdichte ergibt sich aus der Einwohnerzahl pro Quadratkilometer. Je nach Einwohnerdichte wird den Regionen im Saarland ein Dichtetyp zwischen A (sehr dicht besiedelt) bis D (sehr dünn besiedelt) zugeordnet.⁵² Die in Tabelle 9 zusammengefassten Zahlen können in diesem Zusammenhang interessante Erkenntnisse liefern.

Der Anteil der Privatversicherten im Saarland ist relativ gleichmäßig verteilt. Dabei leben in dünn besiedelten Landkreisen (Dichtetyp C und D) mehr Privatversicherte als in dicht besiedelten Regionen (Dichtetyp A und B). In sehr dünn besiedelten Landkreisen (Dichtetyp D) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 10,6 %, in sehr dicht besiedelten Regionen (Dichtetyp A) dagegen nur bei 9,5 %. Anteilig am wenigsten Privatversicherte leben im Saarland mit 9,3 % in dicht bevölkerten Regionen des Dichtetyps B. Am meisten Privatversicherte gibt es dagegen in dünn besiedelten Landkreisen des Dichtetyps C. Hier sind 12,4 % der Bevölkerung privatversichert.

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 auslösen. Dabei lässt sich für das Saarland folgendes Ergebnis feststellen: Die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt liegen umso höher, je ländlicher die Landkreise und dünner die Regionen besiedelt sind. Als (überraschendes) Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass weniger stark besiedelte Regionen überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

Das häufig aus den Medien gelernte Bild von den dicht besiedelten Zentren als Profiteure der Privatversicherten wird noch deutlicher als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Privatversicherte hinterlassen umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt, je ländlicher und dünner die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So liegen die (realen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt in sehr dünn besiedelten Landkreisen mit 58.154 € p.a. weit über den Mehrumsätzen in sehr dicht oder dicht besiedelten Regionen mit 36.200 € beziehungsweise 47.312 € jährlich (vgl. dazu auch Abbildung 9 im Anhang).

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal leben die Privatversicherten im Saarland – anders als in anderen Regionen in Deutschland – überproportional häufig in dünner besiedelten Regionen. Darüber hinaus existieren auch im Saarland Alters- und (ärztliche) Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land. Vor allem die ärztlichen Kostenunterschiede zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Lohnkosten für Praxispersonal entfalten eine erkennbare Wirkung. Die Nominal- und die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien ausschließlich für die medizinische Infrastruktur in Zentren und größeren, wirtschafts-starken Städten nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

⁵¹ Die durchschnittliche Abweichung von 8.824 € vom Mittelwert 49.552 € entspricht rund 18 %.

⁵² Für die Dichtetypen nach Einwohner je Quadratkilometer werden folgende Strukturmerkmale herangezogen: A sehr dicht besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte über 600 E./km², B dicht besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 400 bis 600 E./km², C dünn besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 200 bis 400 E./km², D Sehr dünn besiedelte Landkreise mit einer Bevölkerungsdichte unter 200 E./km².

Tabelle 9: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Saarland	Mittelwerte			
	Dichtetyp A ¹ (sehr dicht besiedelt)	Dichtetyp B ¹ (dicht besiedelt)	Dichtetyp C ¹ (dünn besiedelt)	Dichtetyp D ¹ (sehr dünn besiedelt)
PKV-Marktanteil	9,5 %	9,4 %	12,4 %	10,6 %
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	223	170	195	157
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil				
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulant-ärztlichen Versorgung				
je ambulant niedergelassenem Arzt	34.714 €	42.821 €	50.209 €	53.454 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze				
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulant-ärztlichen Versorgung				
je ambulant niedergelassenem Arzt	36.200 €	47.312 €	50.178 €	58.154 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

¹ Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

5 Gesamt-Ranking und Rangordnungen

Die Ergebnisse des PKV-Regionalatlas Saarland lassen sich in einem Gesamt-Ranking aufschlüsseln. Das Ranking beschränkt sich dabei auf die Größe der Mehrumsätze (Realwert). Denn nur die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren für den ambulant niedergelassenen Arzt den Unterschied zu den Einnahmen aus der Behandlung der gesetzlich Versicherten. Nur die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten in den jeweiligen Regionen und Landkreisen nicht gäbe. Dabei ermöglicht das Ranking einen regionalen Mehrumsatz-Vergleich auf einen Blick. Zur Orientierung sind jeweils auch Angaben zur Bevölkerungsdichte und Ärztedichte in das Regional-Ranking mit einbezogen.

Tabelle 10 zeigt – nach Landkreisen inklusive dem Regionalverband Saarbrücken absteigend sortiert – die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert). Dabei lässt sich feststellen, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt in sehr dünn besiedelten Landkreisen stets über denen in dicht(er) besiedelten Regionen liegen. Das heißt, sehr dünn besiedelte Landkreise mit einer vergleichbar geringen Ärztedichte profitieren im Saarland überproportional von den Mehrumsätzen der Privatversicherten. Angeführt wird das Ranking von den sehr dünn besiedelten Landkreisen St. Wendel und Merzig-Wadern (Dichtetyp D). Dicht(er) besiedelte Regionen wie Saarbrücken (Dichtetyp A) oder Saarlouis (Dichtetyp B) sind am Ende des Gesamt-Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis St. Wendel Mehrumsätze im Realwert von 61.606 € anfallen (Rang 1 von 6), sind es in den Arztpraxen im als Landkreis zu interpretierenden Regionalverband Saarbrücken „nur“ 36.200 € jährlich (Rang 6 von 6). Im Landkreis Saarlouis

sind es 43.516 € (Rang 5 von 6). In beiden Regionen treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (223/182 Ärzte je 100.000 Einwohner).

Tabelle 10: Ranking nach Landkreisen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Landkreis/Regionalverband	Kreistyp ¹	Dichtetyp ²	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ³
1	Landkreis St. Wendel	2	D	61.606 €	168
2	Landkreis Merzig-Wadern	2	D	54.702 €	146
3	Landkreis Neunkirchen	2	B	51.107 €	158
4	Landkreis Saarpfalz-Kreis	2	C	50.178 €	195
5	Landkreis Saarlouis	2	B	43.516 €	182
6	Regionalverband Saarbrücken	2	A	36.200 €	223

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.

2 Klassifizierung nach Bevölkerungsdichte, d. h. A = sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², B = dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², C = dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², D = sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km²

3 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

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

Zur Quantifizierung des Finanzierungsbeitrags der Privatversicherten zum Gesundheitssystem können die Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Diese Mehrumsätze entstehen nur deshalb, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Mit Hilfe dieser jährlich von Privatpatienten durch höhere, nicht budgetierte Vergütung ausgelösten Mehrumsätze können Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker 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 Umsätze und Mehrumsätze der Privatversicherten für die medizinische Versorgung überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁵³ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne

53 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.

Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnt“ sei.⁵⁴

Große Teile der von Privatpatienten ausgelösten Umsätze und 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 Saarland erstmals detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Umsätzen beziehungsweise Mehrumsätzen vor. Dabei wird – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten und mit Blick auf das regional unterschiedliche (ärztliche) Preis- und Kostenniveau („Einnahmen 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 systematisch vermieden. Die Ergebnisse im Überblick:

Saarland

- › Im Saarland sind rund 10,1 % der Menschen privatversichert. Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern im Saarland – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheken etc. – Leistungsausgaben beziehungsweise Umsätze in Höhe von insgesamt 335,6 Mio. € jährlich.
- › Im Durchschnitt erzielen im Saarland Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren 19,6 % der Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten, obwohl im Saarland nur 10,1 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Eine Teilmenge von den Umsätzen stellen die Mehrumsätze dar. Von den Mehrumsätzen, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei Bezug auf den PKV-Marktanteil – im Saarland pro Jahr 120,1 Mio. €. Je Einwohner entspricht das rund 122 €.
- › Von den im Saarland verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von insgesamt 120,1 Mio. € entfallen 72,5 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 42.300 € jährlich.

Landkreise im Saarland

- › Im Saarland gibt es sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Um zwischen ländlichen und relativ städtischen Regionen differenzieren zu können, betrachtet der Regionalatlas die Bevölkerungsdichte. Je nach Einwohnerdichte wird den Landkreisen und dem als Landkreis zu interpretierenden Regionalverband Saarbrücken ein Dichtetyp zwischen A (sehr dicht besiedelt) bis D (sehr dünn besiedelt) zugeordnet.
- › Die Privatversicherten im Saarland sind relativ gleichmäßig verteilt. Dabei leben in dünn besiedelten Landkreisen (Dichtetyp C und D) mehr Privatversicherte als in dicht besiedelten Regionen (Dichtetyp A und B). Am meisten Privatversicherte gibt es in dünn besiedelten Landkreisen des Dichtetyps C. Hier sind 12,4 % der Bevölkerung privatversichert. Als Landkarte sind die Marktanteile in Abbildung 3 visualisiert.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Landkreisen einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 30,8 Mio. € (Landkreis Merzig-Wadern) beziehungsweise 298 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit im Saarland eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 298 € bis 418 € messen. Der

⁵⁴ Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? S. 7 f.

Durchschnitt liegt im Saarland bei 341 € je Einwohner. Alle weiteren Regional-Umsätze der Privatversicherten im Saarland finden sich in Tabelle 3a.

- › Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, stellen eine Teilmenge der Umsätze dar. Selbst in den strukturell schwächeren Landkreisen gibt es einen in den Regionen verbleibenden „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 11,0 Mio. € (Landkreis Merzig-Wadern) beziehungsweise 107 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 107 € bis 150 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 122 € je Einwohner. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen finden sich in Tabelle 3b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 4 visualisiert.
- › Auch im Saarland entfällt ein Großteil der Mehrumsätze auf die ambulante ärztliche Versorgung. Im Saarland entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 72,5 Mio. €. In der Gesamtbilanz wird im Saarland je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 34.714 € (Regionalverband Saarbrücken) nicht unterschritten. Damit ergibt sich im Saarland eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 34.714 € und 57.230 € (Landkreis St. Wendel). Der Durchschnitt liegt im Saarland bei rund 42.300 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen finden sich in Tabelle 4b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 5 visualisiert.

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 Regionen ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte.
- › Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland (im Saarland) liegt bei 46,74 (48,53) Jahren. Im Landkreis St. Wendel (Dichtotyp D) leben mit durchschnittlich 47,51 Jahren relativ viele jüngere Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 49,59 Jahren im Regionalverband Saarbrücken (Dichtotyp A) und im Landkreis Saarlouis (Dichtotyp B/48,02 Jahre). Anders als zum Beispiel in den größeren Flächenländern wie Bayern, Nordrhein-Westfalen oder Baden-Württemberg sind damit im Saarland Privatversicherte in dichter bevölkerten Regionen im Trend nicht jünger, sondern älter als in dünn(er) besiedelten Landkreisen.
- › Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die tatsächlichen Umsätze und Mehrumsätze der in den Regionen tätigen medizinischen Leistungserbringer aus. Je älter (jünger) die Privatversicherten im Durchschnitt sind, desto höher (niedriger) sind die regional verbleibenden Umsätze und Mehrumsätze je Privatversicherten.

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 Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten real tatsächlich wert sind.
- › Eine regionale Realwertbestimmung der Umsätze und 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. quasinheitlich sind (z.B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z.B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahme).

- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte lässt sich ein regionaler (saarländischer) Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte bilden. Der Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen Ärzten verbleibenden altersadjustierten Umsätze und Mehrumsätze annäherungsweise als vom jeweiligen regionalen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen und Regionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i. d. R. häufiger zum Arzt. Und das ärztliche Kostenniveau in städtischen Regionen ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z. B. Gehälter für ärztliches Fachpersonal oder Praxismieten in der Landeshauptstadt Saarbrücken mit denen im Landkreis Merzig-Wadern verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas Saarland folgt deshalb (auch) dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Umsätze und Mehrumsätze.
- › Die altersadjustierte und wertbereinigte Regional-Stadt-Land-Analyse beschränkt sich auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.
- › Die (altersadjustierten) Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. Dabei verlaufen die Effekte der Altersadjustierung und Realwertbetrachtung der Mehrumsätze zum Teil gegenläufig. Einerseits liegen die Realwerte der Mehrumsätze in der Regel über denen in der Nominalwert-Analyse. Andererseits sind im Saarland – anders als in den größeren Flächenländern – Privatversicherte in dichter bevölkerten Regionen im Trend nicht jünger, sondern älter als in dünn(er) besiedelten Landkreisen.
- › Für das Saarland ergibt sich zwischen den Landkreisen eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 36.200 € (Regionalverband Saarbrücken) und 61.606 € (Landkreis St. Wendel). Innerhalb dieser Ergebnisspanne stehen die relativ dünn besiedelten Landkreise innerhalb des Saarlandes gut bis sehr gut dar.

Stadt-Land-Analyse

- › Der Anteil der Privatversicherten im Saarland ist relativ gleichmäßig verteilt. Dabei leben in dünn besiedelten Landkreisen (Dichtetyp C und D) mehr Privatversicherte als in dicht besiedelten Regionen (Dichtetyp A und B). In sehr dünn besiedelten Landkreisen (Dichtetyp D) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 10,6 %, in sehr dicht besiedelten Regionen (Dichtetyp A) dagegen nur bei 9,5 %.
- › Anders als in vielen größeren Bundesländern profitiert im Saarland die ambulant-ärztliche Versorgung in weniger stark besiedelten Regionen überproportional vom Mehrumsatz der Privatversicherten. Die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt liegen umso höher, je ländlicher die Landkreise und dünner die Regionen besiedelt sind.
- › Das gelernte Bild von den dicht besiedelten Zentren als Profiteure der Privatversicherten wird noch deutlicher als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Privatversicherte hinterlassen umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So liegen die (realen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt in sehr dünn besiedelten Landkreisen mit 58.154 € p.a. weit über den Mehrumsätzen in sehr dicht oder dicht besiedelten Regionen mit 36.200 € beziehungsweise 47.312 € jährlich (vgl. dazu auch Abbildung 9 im Anhang).
- › Das Ergebnis lässt sich im Saarland gut mit der regionalen Gleichverteilung der Privatversicherten und den ärztlichen Kostenunterschieden zwischen Stadt und Land erklären. Beide Merkmale zeigen eine erkennbare

Wirkung. Es 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.

Gesamt-Ranking und Rangordnungen

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für das Saarland lassen sich in einem Gesamt-Ranking nach Landkreisen (Tabelle 10) aufschlüsseln. Dabei lässt sich feststellen, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt in sehr dünn besiedelten Landkreisen stets über denen in dicht(er) besiedelten Regionen liegen. Das heißt, sehr dünn besiedelte Landkreise mit einer vergleichbar geringen Ärztedichte profitieren im Saarland überproportional von den Mehrumsätzen der Privatversicherten.
- › Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis St. Wendel Mehrumsätze im Realwert von 61.606 € anfallen (Rang 1 von 6), sind es in den Arztpraxen im als Landkreis zu interpretierenden Regionalverband Saarbrücken „nur“ 36.200 € jährlich (Rang 6 von 6). Im Landkreis Saarlouis sind es 43.516 € (Rang 5 von 6). In beiden Regionen treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (223/182 Ärzte je 100.000 Einwohner).

Der PKV-Regionalatlas zeigt, dass es überall im Saarland einen relevanten Anteil von Privatpatienten gibt. Damit stellen die Umsätze und die davon abhängenden Mehrumsätze der Privatpatienten sowohl nominal als auch real in dicht besiedelten Regionen ebenso wie in sehr ländlichen Landkreisen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur dar. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet „Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁵⁵ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien⁵⁶, sind damit nicht zu rechtfertigen. Die Umsätze und als Teilmenge davon die Mehrumsätze der Privatversicherten kommen 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.

Im Saarland werden in diesem Zusammenhang häufig die nördlichen, sehr dünn besiedelten Landkreise Merzig-Wadern und St. Wendel 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 von Gesundheitspolitikern die Position vertreten wird, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land verantwortlich sei und es die meisten Ärztinnen und Ärzte in größere Städte ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁵⁷

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit: Im Saarland sind die Privatversicherten regional relativ gleichverteilt. Zum Beispiel liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung im ländlichen Landkreis St. Wendel (Dichtetyp D) bei sehr guten 12,3 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis St. Wendel Mehrerlöse von jährlich 12,9 Mio. € oder 149 € 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 Landkreis St. Wendel jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 57.230 € p.a. zuordnen. Ein Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen im Saarland berücksichtigt werden – real 61.606 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenem Arzt deutlich über dem Realwert der Mehrumsätze in der dicht besiedelten Region in und um der Landeshauptstadt Saarbrücken (Regionalverband Saarbrücken: 36.200 €) liegt.

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

⁵⁵ Vgl. zum Beispiel Etgeton, S. (2018), Tweet vom 24.8.2018.

⁵⁶ Vgl. Straub, C. (2018) für die Barmer GEK, Euroforum-Konferenz PKV aktuell & digital, Berlin 28.8.2018

⁵⁷ Vgl. Lauterbach, K. (2019), Saarbrücker Zeitung 15.5.2019.; Pähle, K. (2020), Magdeburger Zeitung, 17.2.2020.

strukturschwachen oder ländlichen Landkreisen gibt es einen robusten Anteil von Privatversicherten, der niemals unter 8,8 % (Landkreis Merzig-Wadern: niedrigster Wert im Saarland) sinkt. In diesen Regionen löst eine absolut gewichtige, nichtsdestotrotz relativ kleine Zahl von Privatversicherten erhebliche Mehrumsätze aus, die darüber hinaus auf dem Land noch real relativ viel wert sind. Infolgedessen lassen sich zum Beispiel in den Praxen im sehr ländlichen Landkreis St. Wendel oder Merzig-Wadern relativ mehr Investitionen z.B. in Praxispersonal und -ausstattung tätigen. Ohne Privatpatienten und deren Mehrumsätze 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 „ausgedünnt“.⁵⁸ 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 deckt der PKV-Regionalatlas Saarland einen weiteren populären Irrtum auf. Dass nämlich für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer insbesondere ein relativ hoher Anteil der Privatversicherten von Relevanz sei und es deshalb zu einer Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Wenngleich bereits IGES (2020) feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten der Ärzte belegt ist“,⁵⁹ ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für das Saarland zeigen ein vollständiges anderes Bild.

Obwohl sich die Mehrumsätze in sehr dünn besiedelten Regionen (Dichtetyp D) mit 58.154 € im Jahr (Realwert) weit über dem Mehrumsatzniveau dicht(er) besiedelter Regionen (Dichtetyp A und B: ø 43.608 €) bewegen, liegt die Ärztezahlin sehr ländlichen Landkreisen (Dichtetyp D) mit 157 Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb dichter besiedelter Regionen (Dichtetyp A und B: ø 187 Ärzte je 100.000 Einwohner).

Oder: Obwohl im Landkreis St. Wendel (Dichtetyp D) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 61.606 € und in der Großregion in und um die Landeshauptstadt Saarbrücken – zusammengefasst als Regionalverband Saarbrücken (Dichtetyp A) – dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 36.200 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis St. Wendel mit 168 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der im Regionalverband Saarbrücken (223). Mit anderen Worten formuliert heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärzte auf dem Land könnten von einem relativ hohen Mehrumsatz (Realwert) durch Privatpatienten profitieren.

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)⁶⁰ und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁶¹ und Arentz (2017)⁶², dass bei der Niederlassungsentscheidung von deutschen Ärzten der Anteil der Privatversicherten eine (politisch) überschätzte, tatsächlich vollständig untergeordnete 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.⁶³

Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Bei der Standortentscheidung für die Ärzte bleibt das Argument „Urbanität“ maßgebend. An auf dem Land von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze mangelt es sowohl nominal und vor allem real nicht. Denn gerade im ländlichen und strukturschwachen Raum sind

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

59 Vgl. IGES (2020), Geteilter Krankenversicherungsmarkt, S. 30, 32 und 39.

60 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.

61 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.

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

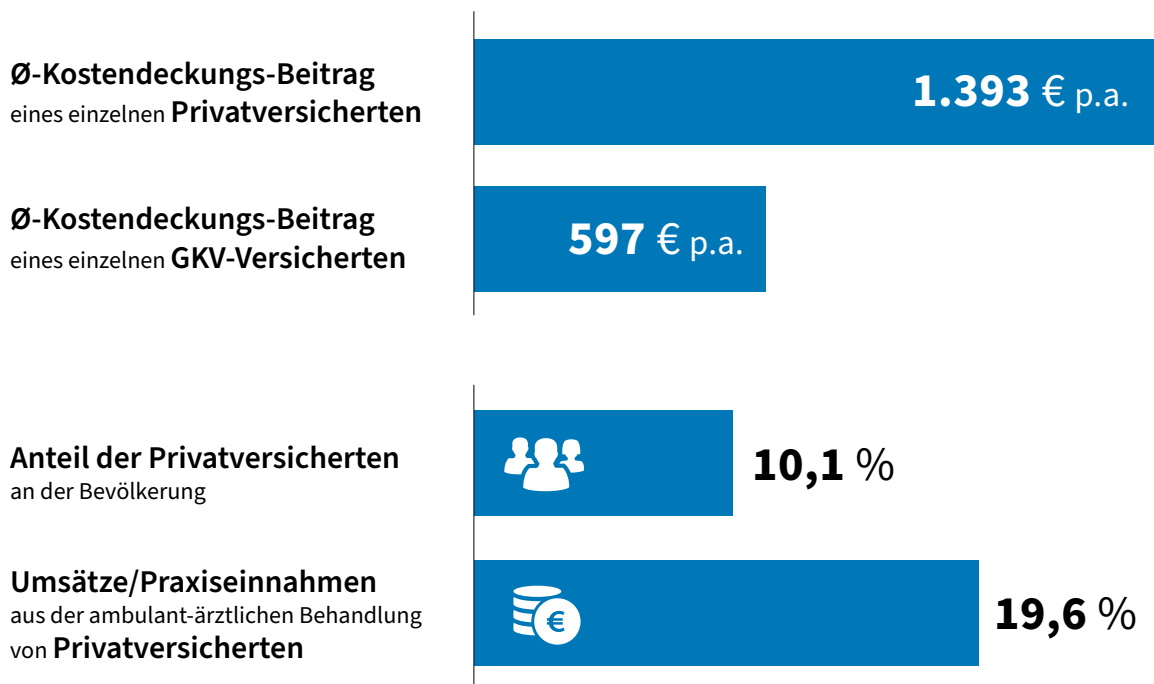
63 Vgl. dazu auch C. Braun (2015), Ein ganz besonderes Verhältnis, in: Change – das Magazin der Bertelsmann-Stiftung, S. 3 f.

die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in den städtischen, dichter besiedelten 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 Haus- und Facharztpraxen 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 überproportionale 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.

Anhang

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

Kostendeckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten im Saarland



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte

Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner im Saarland nach Landkreisen

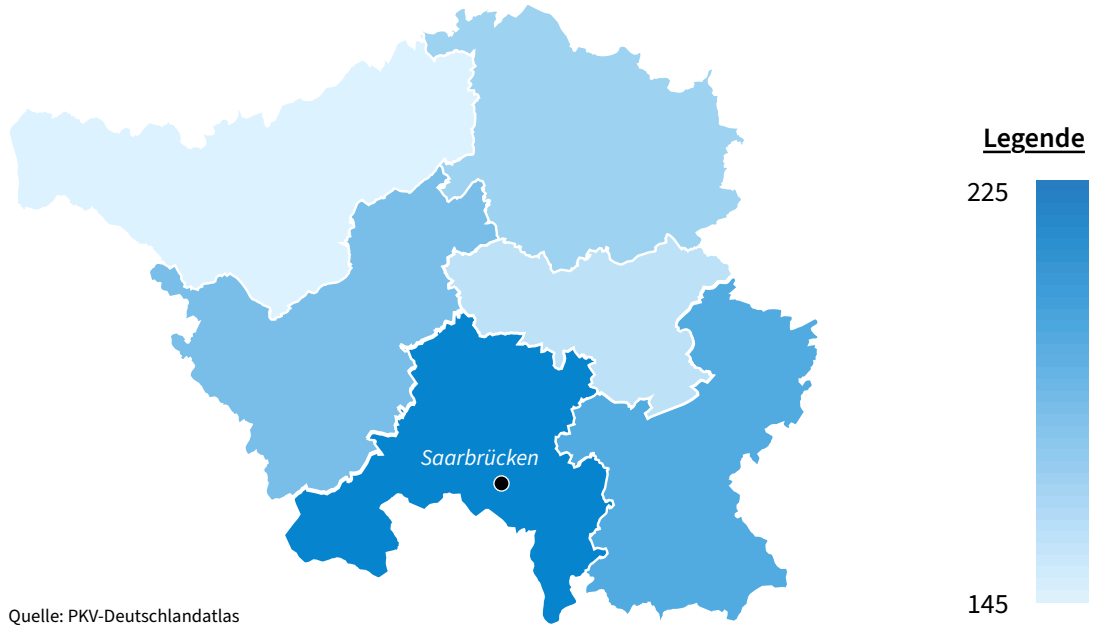


Abbildung 3: PKV-Marktanteil

Anteil der PKV-Versicherten im Saarland nach Landkreisen in Prozent

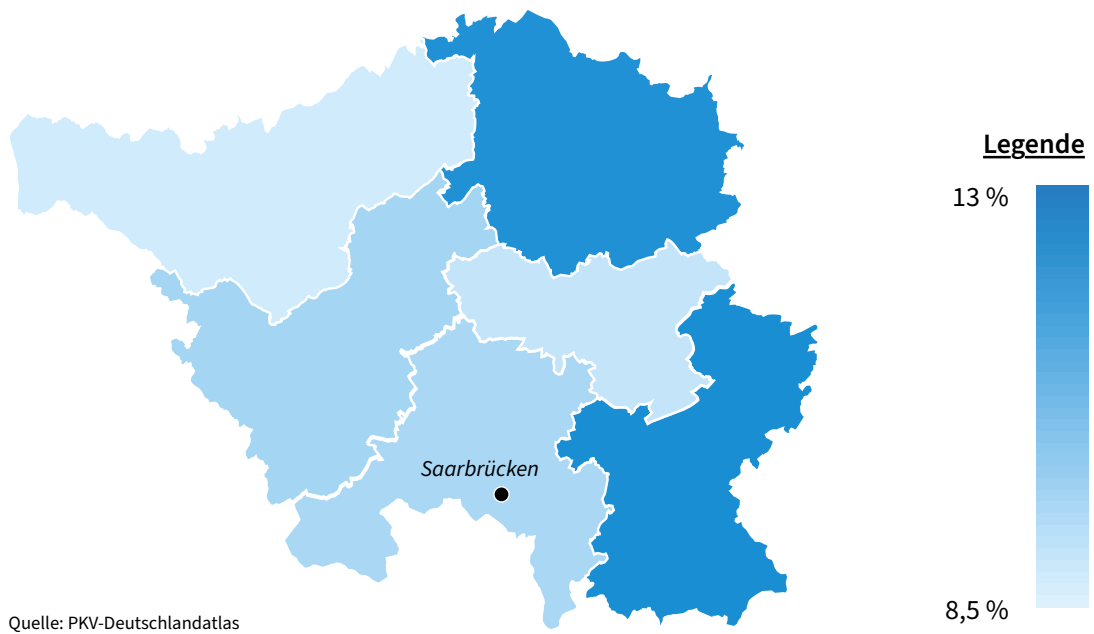


Abbildung 4: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Mehrumsätze im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

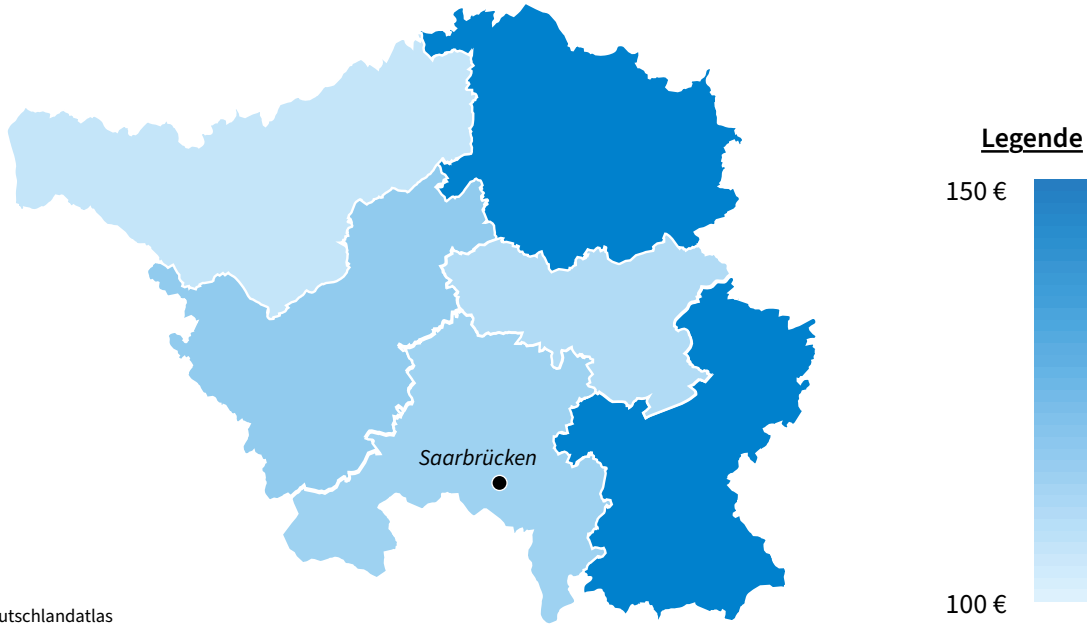


Abbildung 5: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

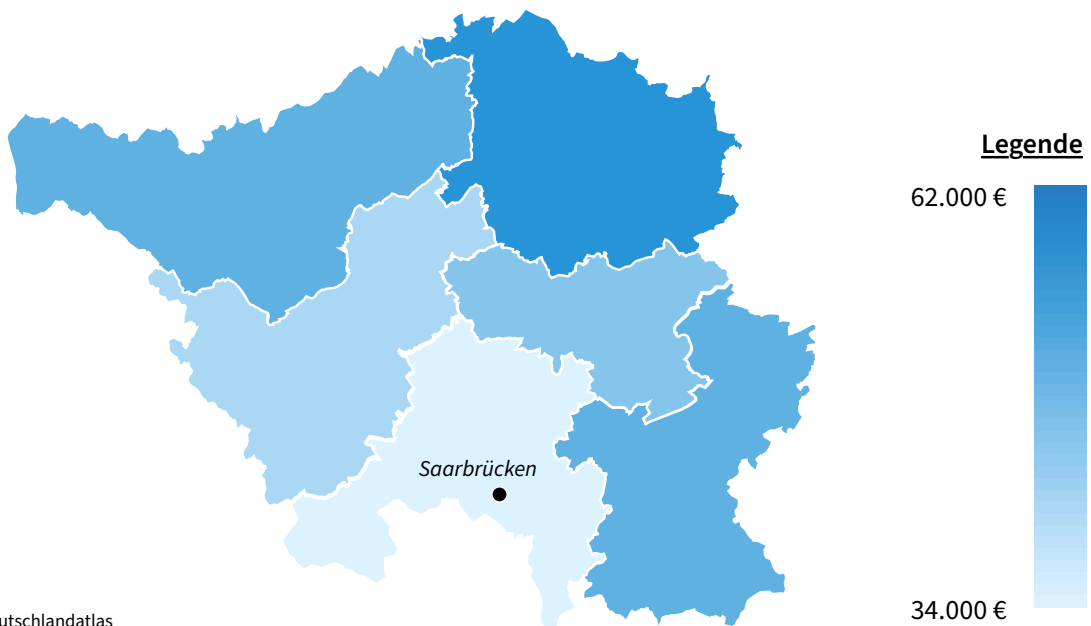


Abbildung 6: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Saarland nach Landkreisen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)

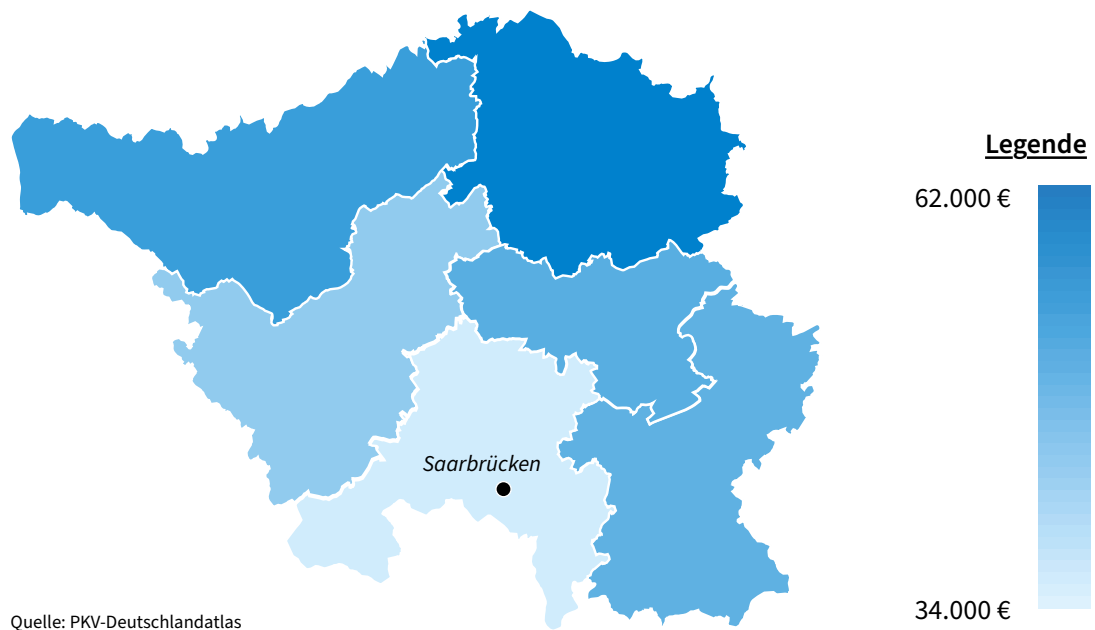
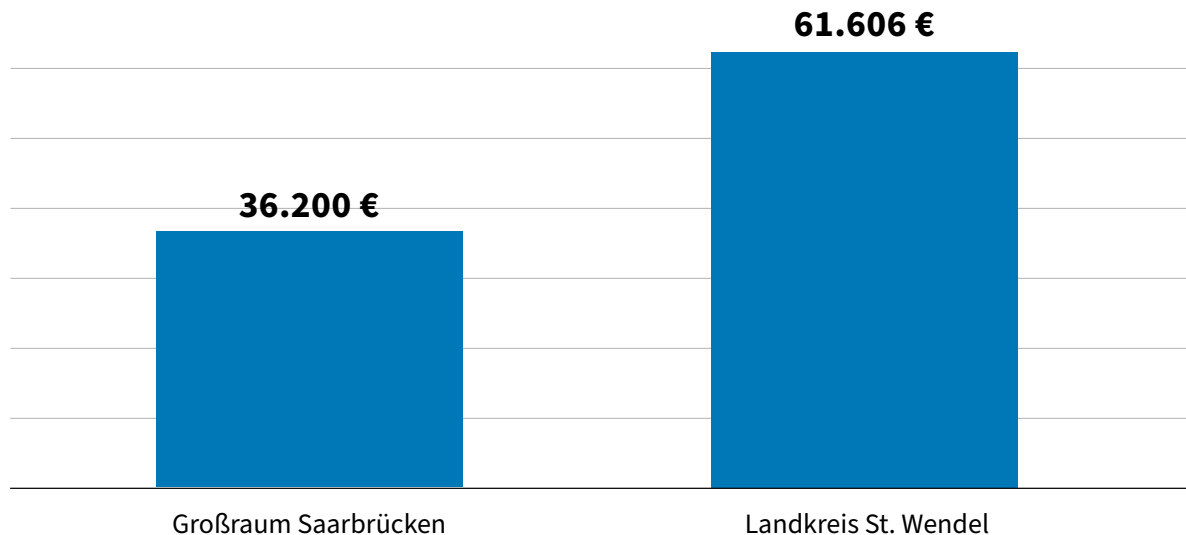


Abbildung 7: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

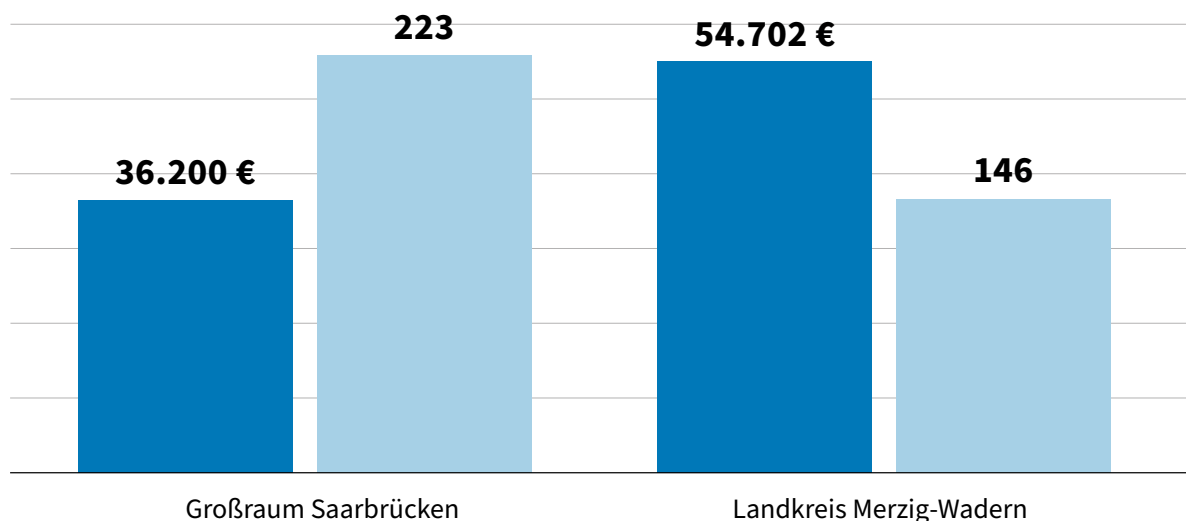
Großraum Saarbrücken und Landkreis St. Wendel im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand Januar 2023

Abbildung 8: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

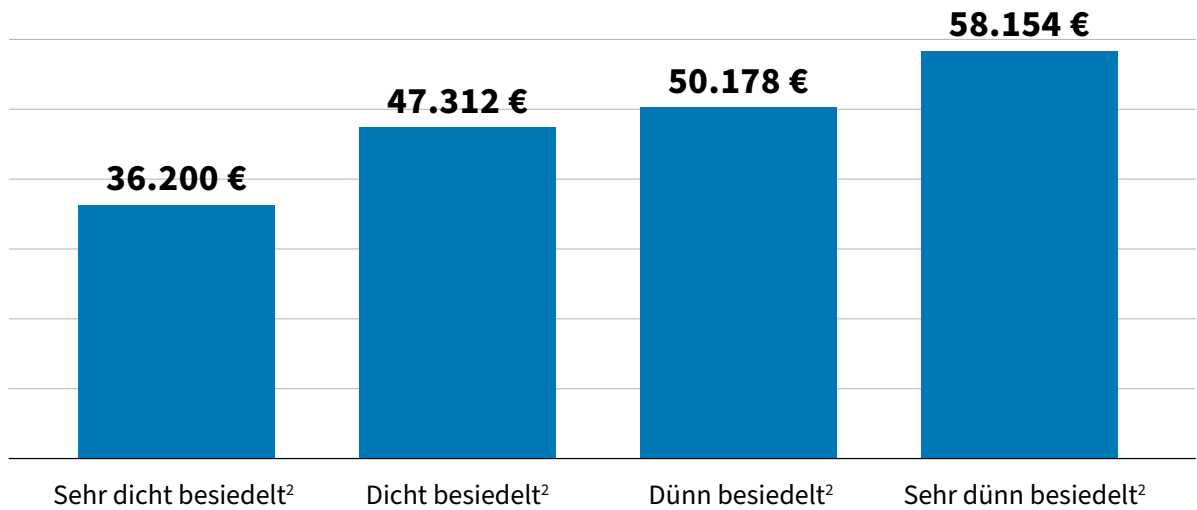
Großraum Saarbrücken und Landkreis Merzig-Wadern im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
Stand Januar 2023

Abbildung 9: 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 Bevölkerungsdichte; sehr dicht besiedelte Landkreise mit über 600 E./km², dicht besiedelte Landkreise zwischen 400 bis 600 E./km², dünn besiedelte Landkreise zwischen 200 bis 400 E./km², sehr dünn besiedelte Landkreise unter 200 E./km².

Stand Januar 2023



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln
Heidestraße 40, 10557 Berlin
www.pkv.de