



PKV-Regionalatlas Hessen

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Sophia Hartung





PKV-Regionalatlas Hessen

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Sophia Hartung

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

September 2023

ISBN: 978-3-9820833-1-5

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist es im PKV-Regionalatlas Hessen außerhalb des Fließtextes nicht immer zu vermeiden, dass bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern nur eine von mehreren Geschlechterformen genutzt wird. Das ist zur besseren Übersichtlichkeit vor allem in (engen) Tabellen- und Abbildungsformaten beziehungsweise Abbildungs- und Tabellenverzeichnissen, Legenden oder Fußnoten der Fall. Wird nur eine Geschlechterform gewählt, gelten diese im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Karten- und Abbildungsverzeichnis.....	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 Hessen	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Hessen	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.....	16
2.3 Raumordnungsregionen in Hessen	19
2.3.1 Strukturdaten	19
2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	20
2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	22
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte.....	24
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	24
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern.....	25
3.3 Realwert der altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	29
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten.....	32
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	32
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	34
5 Rangordnungen und Rankings	37
5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	37
5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen.....	38
5.3 Ranking nach Ankerregionen.....	39
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	41
Anhang.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hessen	
Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	12
Tabelle 2: Strukturdaten	
Kreisfreie Städte und Landkreise in Hessen	13
Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	15
Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	16
Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	17
Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Land- kreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	18
Tabelle 5: Strukturdaten	
Raumordnungsregionen in Hessen	20
Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Hessen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	21
Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Hessen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	21
Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Raumord- nungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	22
Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Raum- ordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	23
Tabelle 8: Gesamtkosten-Index	
Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes)	28
Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Land- kreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr	30
Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen	
Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil	33
Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen	
Altersadjustierte Realwert-Analyse	34
Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse	
Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?	36

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	38
Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	39
Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung	51
Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte nach Landkreisen und kreisfreien Städten	52
Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte nach Raumordnungsregionen	53
Abbildung 4: PKV-Marktanteil nach Landkreisen und kreisfreien Städten	54
Abbildung 5: PKV-Marktanteil nach Raumordnungsregionen.....	55
Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten	56
Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Raumordnungsregionen	57
Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	58
Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	59
Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	60
Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	61
Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Großraum Frankfurt und Landkreis Bergstraße im Vergleich	62
Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Ankerregion Darmstadt und Werra-Meißner-Kreis im Vergleich	62
Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Großraum Frankfurt und Landkreis Hersfeld-Rotenburg im Vergleich	63
Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Ankerregion Darmstadt und Landkreis Schwalm-Eder im Vergleich	63
Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Stadt und Land im Vergleich	64
Abbildung 17: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Stadt und Land im Vergleich	64

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 keine Kinderärztin 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 im europäischen Vergleich relativ kurze 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 Ärztinnen und 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). Ärztinnen und Ärzte rechnen Leistungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Basis des EBM und Leistungen für Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV) auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (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 Ärztinnen und 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 39,5 Mrd. €. Als Teilmenge davon summieren sich die Mehrumsätze auf über 11,7 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 Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in gut ausgebildetes Personal investieren. In der gesundheitsökonomischen Literatur ist

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. Bahnsen, L.; Wild, F. (2023), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht.

dieser Tatbestand überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel ... die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁸ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnter“ sei.⁹

Dennoch ist – wenn vom überproportionalen Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Versorgung in Deutschland die Rede ist – Kritik nicht weit. Die Existenz von Privatversicherten widerspräche dem Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse. Privatversicherte seien ungleich verteilt. Die Private Krankenversicherung wäre auf dem Land „nicht vorhanden“.¹⁰ Nur die Ballungszentren würden von den Mehrumsätzen als überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren. Regionen, „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 und Linke erheben regelmäßig den Vorwurf, dass es die meisten Ärztinnen und 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> (abgerufen am 12.7.2020).

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“ und „Ankerregionen“ 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 Landkreise und kreisfreien Städte wiederum sind Ausgangspunkt, um nach regionalen, wirtschaftlichen und geografischen Strukturmerkmalen Ankerregionen zu bilden. Die sogenannten Raumordnungsregionen sind dagegen in der Regel – im Vergleich zu den Ankerregionen – 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 sowohl die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen als auch der ab Abschnitt 5.3 zu bildenden Ankerregionen, dass Großstädte, Städte und verstärkte Kreise zum Beispiel bei der ärztlichen Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner eine Mitversorgungsfunktion für das (ländliche) Umland erfüllen.

Die Bedeutung der durch Privatversicherte ausgelösten Einnahmen für die medizinische Infrastruktur in den Bundesländern, Raumordnungsregionen, 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 Nominalbeziehungsweise Realwert¹⁸ der in den Regionen verbleibenden Einnahmen ab. Mit Blick auf die erheblichen regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind i.d.R. jünger“) 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 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 Hessen vor.

Das Land Hessen gehört mit mehr als 21.500 Quadratkilometern zu den am dichtesten besiedelten und wirtschaftsstärksten Regionen Deutschlands. Hessen hat rund 6,3 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner. In Hessen gibt es sowohl große urbane Ballungsgebiete als auch (sehr) ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Hessen ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Hessen nicht nur auf eine Darstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezah in den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten wo in Hessen 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 Bundesländern, Raumordnungsregionen, Städten und Landkreisen stellen einen ersten Schritt dar, sich der regionalen Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung zu nähern. Sundmacher & Ozegowski (2015) haben die regionalen PKV-Marktanteile je Landkreis und kreisfreie Stadt als Differenz zwischen der Bevölkerungszahl und der Zahl der GKV-Versicherten geschätzt. Aufgrund mangelnder Datenqualität mussten dabei 94 Landkreise und kreisfreie Städte – also fast $\frac{1}{4}$ der Datensätze – aus der quantitativen Analyse ausgeschlossen werden.¹⁹

Den Statistiken des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) lässt sich dagegen die Verteilung der Privatversicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten entnehmen. Diese regionale Verteilung der Privatversicherten bildet im Folgenden die Grundlage, um die regionale Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Umsätze und Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in Hessen insgesamt (Abschnitt 2.1), in den Landkreisen und kreisfreien Städten (Abschnitt 2.2) sowie in den Raumordnungsregionen (Abschnitt 2.3) der Region 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 Hessen

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren 2021 insgesamt 8.717.500 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,5%.²⁰ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall rund 678.000 privatversicherte Menschen die medizinische Infrastruktur in Hessen. Damit sind in Hessen 10,8% der Bevölkerung privatversichert.²¹

Die Privatversicherten in Hessen lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich für ganz Hessen auf 3,07 Mrd. € 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 908 Mio. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur in Hessen 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 Hessens verbleibenden Umsätze 2,41 Mrd. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner/-in in Höhe von rund 384 €. Von den in Hessen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Umsätzen lassen sich 985 Mio. € auf die ambulante

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 2021 rund 8.717.500 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, Stand 2021) – der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei rund 10,48% liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Bundesländern und Regionen.

21 Bei einer Bevölkerung in Hessen von 6,29 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2021) entspricht das einem Marktanteil von ca. 10,77%.

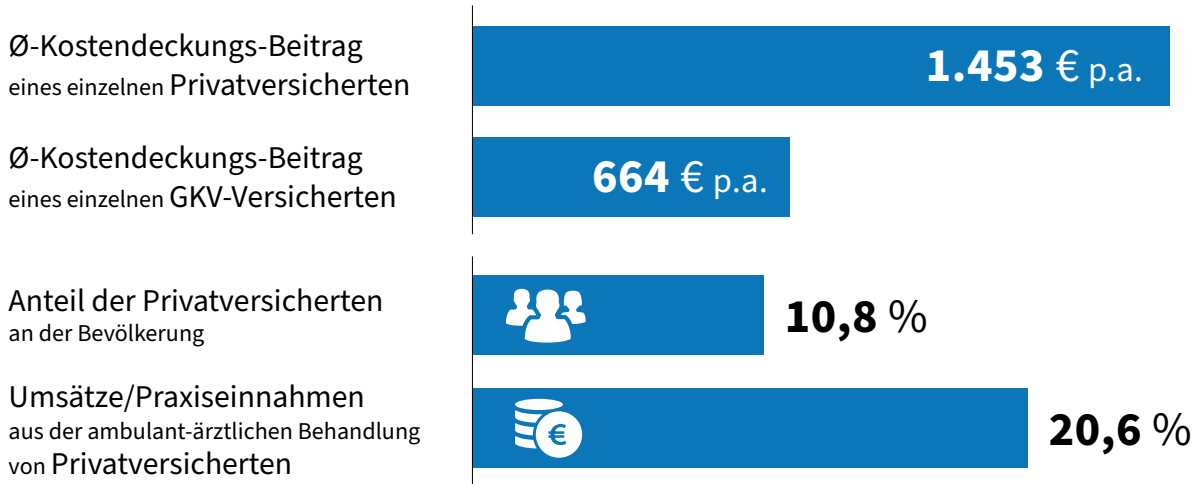
ärztliche Versorgung²² zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Umsätze der Privatversicherten – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte beziehen.

Für Hessen hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Umsätze in Höhe von rund 113.200 € (86.200 €) 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 in Hessen Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 20,6 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Hessen nur 10,8 % 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 1.453 € (2021/2022) jährlich.²⁵ Der Kosten-Deckungsbeitrag eines gesetzlich Versicherten summiert sich dagegen laut Ausgabenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lediglich auf 664 € (2021/2022).²⁶ Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen um den Faktor 2,19 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 in Hessen



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

23 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Hessen in 2022 8.701 ambulant niedergelassene beziehungsweise 11.424 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, d.h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärztinnen und 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: 12,67 Mrd. €, davon 985 Mio. € in Hessen) / (Zahl der Privatversicherten: 8,72 Mio., davon 677.794 in Hessen).

26 (GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung: 49,6 Mrd. €) / (Zahl der GKV-Versicherten: 74.42 Mio.) vgl. u.a. Bundesministerium für Gesundheit (2023).

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 – in Hessen ein Gesamtbetrag in Höhe von 833 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Mehrumsatz je Einwohner/-in in Höhe von rund 132 €. Von den in Hessen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 524 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²⁷ zurückführen. Für Hessen hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 60.200 € (45.900 €) jährlich entstehen.^{28 29} Mehrumsätze, die dem Gesundheitssystem in Hessen ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen würden.

Tabelle 1: Hessen

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	185
PKV-Marktanteil	10,8 %
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	3,07 Mrd. €
Mehrumsätze (jährlich)	908 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Umsätze¹	
insgesamt (jährlich)	2,41 Mrd. €
je Einwohner	384 €
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	833 Mio. €
je Einwohner	132 €
regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	985 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	113.200 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	86.200 € ²
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	524 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	60.200 € ²
je ambulant tätigem Arzt	45.900 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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 in Hessen in 2022 8.701 ambulant niedergelassene beziehungsweise 11.424 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, d.h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärztinnen und 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.

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Hessen

Wie in ganz Deutschland gibt es im Land Hessen 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 relativ ländlichen Regionen nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen ersten wichtigen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.

2.2.1 Strukturdaten

Hessen unterteilt sich in 21 Landkreise und 5 kreisfreie Städte. Von diesen kreisfreien Städten und Landkreisen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 5 als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), 14 als verstädterter Stadtkreis/Landkreis (Kreistyp 2), 3 als ländlicher Stadtkreis/Landkreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 4 als dünn besiedelter Stadtkreis/Landkreis (Kreistyp 4) eingeordnet.³⁰ Der Main-Kinzig-Kreis ist mit rund 422.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Hessen. Frankfurt am Main hat als kreisfreie Stadt mit rund 764.000 Menschen die meisten Einwohnerinnen und Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Frankfurt am Main mit 1.857 Ärztinnen und Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 295 (117) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der kreisfreien Stadt Darmstadt (im Landkreis Vogelsberg) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Hessen

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Hessen	-	6,29 Mio.	11.424	8.701	182
Landkreis Bergstraße	2	271.015	401	306	148
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	159.174	469	362	295
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	297.701	368	279	124
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	764.104	1857	1346	243
Landkreis Fulda	3	223.023	386	274	173
Landkreis Gießen	2	271.667	601	467	221
Landkreis Groß-Gerau	2	275.807	393	286	142
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	120.304	189	123	157
Landkreis Hochtaunuskreis	2	237.281	556	457	234
Kreisfreie Stadt Kassel	1	201.048	529	401	263
Landkreis Kassel	2	237.007	312	252	132
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	253.373	433	322	171
Landkreis Limburg-Weilburg	2	172.291	266	200	154
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	421.689	607	451	144
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	239.264	387	316	162

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.

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	245.903	454	364	185
Landkreis Odenwaldkreis	2	96.754	138	106	143
Landkreis Offenbach	2	356.542	542	419	152
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	130.892	282	214	215
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	187.433	271	225	145
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	179.840	228	172	127
Landkreis Vogelsbergkreis	4	105.506	123	89	117
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	156.528	249	195	159
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	100.046	151	123	151
Landkreis Wetteraukreis	2	310.353	503	380	162
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	278.609	729	572	262

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 31.12.2020 (Statistisches Bundesamt).

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

4 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen.

2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

Der rechnerische Bezug auf die Zahl der Privatversicherten in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten 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.

In Hessen leben relativ viele Privatversicherte in verstädterten Regionen. Zum Beispiel weist der Landkreis Hochtaunus (Kreistyp 2) mit 18,3 % einen relativ hohen PKV-Marktanteil auf. Im sehr ländlichen Landkreis Waldeck-Frankenberg (Kreistyp 4) liegt der PKV-Marktanteil dagegen bei nur 7,2 %. In der kreisfreien Stadt Offenbach leben mit 6,9 % anteilig am wenigsten Privatversicherte in ganz Hessen. Damit gibt es auch in den strukturell schwächeren Regionen Hessens einen relativ hohen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Hessens ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 26,5 Mio. € (Landkreis Odenwaldkreis) beziehungsweise von 246 € je Einwohner/-in (kreisfreie Stadt Offenbach) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 246 € bis 652 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Hessen bei 384 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze¹ in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Hessen	-	2,41 Mrd. €	384 €
Landkreis Bergstraße	2	103.323.411 €	381 €
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	61.600.462 €	387 €
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	118.737.556 €	399 €
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	324.740.875 €	425 €
Landkreis Fulda	3	78.286.649 €	351 €
Landkreis Gießen	2	103.521.700 €	381 €
Landkreis Groß-Gerau	2	78.103.325 €	283 €
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	34.517.210 €	287 €
Landkreis Hochtaunuskreis	2	154.777.474 €	652 €
Kreisfreie Stadt Kassel	1	67.829.722 €	337 €
Landkreis Kassel	2	77.504.717 €	327 €
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	77.104.399 €	304 €
Landkreis Limburg-Weilburg	2	68.293.643 €	396 €
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	145.521.504 €	345 €
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	129.411.478 €	541 €
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	78.859.067 €	321 €
Landkreis Odenwaldkreis	2	26.540.764 €	274 €
Landkreis Offenbach	2	146.093.923 €	410 €
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	32.205.088 €	246 €
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	96.585.334 €	515 €
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	53.249.886 €	296 €
Landkreis Vogelsbergkreis	4	30.772.171 €	292 €
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	40.237.654 €	257 €
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	28.130.815 €	281 €
Landkreis Wetteraukreis	2	127.335.058 €	410 €
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	131.428.037 €	472 €

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.

Als Teilmenge sind in den Umsätzen der Privatversicherten die Mehrumsätze enthalten. Die Mehrumsätze stellen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten dar. Im Land Hessen entsteht in allen Regionen bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 9,2 Mio. € (Landkreis Odenwaldkreis) beziehungsweise von 85 € je Einwohner/-in (kreisfreie Stadt Offenbach) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3b nachzuvollziehende und in Abbildung 6 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 85 € bis 225 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Hessen bei Mehrumsätzen von 132 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Hessen	-	833 Mio. €	132 €
Landkreis Bergstraße	2	35.633.752 €	131 €
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	21.244.513 €	133 €
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	40.949.718 €	138 €
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	111.995.293 €	147 €
Landkreis Fulda	3	26.999.176 €	121 €
Landkreis Gießen	2	35.702.137 €	131 €
Landkreis Groß-Gerau	2	26.935.952 €	98 €
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	11.904.153 €	99 €
Landkreis Hochtaunuskreis	2	53.379.017 €	225 €
Kreisfreie Stadt Kassel	1	23.392.835 €	116 €
Landkreis Kassel	2	26.729.507 €	113 €
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	26.591.447 €	105 €
Landkreis Limburg-Weilburg	2	23.552.830 €	137 €
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	50.186.856 €	119 €
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	44.630.896 €	187 €
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	27.196.590 €	111 €
Landkreis Odenwaldkreis	2	9.153.269 €	95 €
Landkreis Offenbach	2	50.384.269 €	141 €
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	11.106.758 €	85 €
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	33.309.951 €	178 €
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	18.364.601 €	102 €
Landkreis Vogelsbergkreis	4	10.612.579 €	101 €
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	13.876.996 €	89 €
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	9.701.639 €	97 €
Landkreis Wetteraukreis	2	43.914.789 €	141 €
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	45.326.359 €	163 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Umsätzen (Mehrumsätzen) entfallen in Hessen 985 Mio. € (524 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 Ärztinnen und Ärzte und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte analysiert und tabellarisch aufgearbeitet. Abbildung 8 visualisiert lediglich die Mehrumsätze grafisch (vgl. Anhang). Denn nur die Mehrumsätze zeigen den Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung an, den es ohne die Privatversicherten in Hessen nicht gäbe.

Von den genannten Umsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 985 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4a). In der Gesamtbilanz wird in Hessen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 61.394 € (kreisfreie Stadt Offenbach) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 61.394 € und 175.124 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 113.200 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Hessen	-	985 Mio. €	86.200 €²	113.200 €²
Landkreis Bergstraße	2	42.151.773 €	105.117 €	137.751 €
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	25.130.497 €	53.583 €	69.421 €
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	48.440.121 €	131.631 €	173.621 €
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	132.481.144 €	71.341 €	98.426 €
Landkreis Fulda	3	31.937.787 €	82.740 €	116.561 €
Landkreis Gießen	2	42.232.667 €	70.271 €	90.434 €
Landkreis Groß-Gerau	2	31.862.998 €	81.076 €	111.409 €
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	14.081.626 €	74.506 €	114.485 €
Landkreis Hochtaunuskreis	2	63.142.950 €	113.566 €	138.168 €
Kreisfreie Stadt Kassel	1	27.671.784 €	52.310 €	69.007 €
Landkreis Kassel	2	31.618.790 €	101.342 €	125.471 €
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	31.455.476 €	72.645 €	97.688 €
Landkreis Limburg-Weilburg	2	27.861.044 €	104.741 €	139.305 €
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	59.366.889 €	97.804 €	131.634 €
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	52.794.649 €	136.420 €	167.072 €
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	32.171.310 €	70.862 €	88.383 €
Landkreis Odenwaldkreis	2	10.827.558 €	78.461 €	102.147 €
Landkreis Offenbach	2	59.600.412 €	109.964 €	142.244 €
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	13.138.374 €	46.590 €	61.394 €
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	39.402.910 €	145.398 €	175.124 €
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	21.723.800 €	95.280 €	126.301 €
Landkreis Vogelsbergkreis	4	12.553.801 €	102.063 €	141.054 €
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	16.415.335 €	65.925 €	84.181 €
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	11.476.235 €	76.002 €	93.303 €
Landkreis Wetteraukreis	2	51.947.554 €	103.275 €	136.704 €
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	53.617.324 €	73.549 €	93.737 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

² Die Größen je ambulant niedergelassener oder ambulant tätigen Ärztin beziehungsweise je ambulant niedergelassenem Arzt oder ambulant tätigem 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 stellen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten

dar. In Hessen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 524 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4b). In der Gesamtbilanz wird in Hessen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 32.660 € (kreisfreie Stadt Offenbach am Main) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 32.660 € und 93.160 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 60.200 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Hessen	-	524 Mio. €	45.900 €²	60.200 €²
Landkreis Bergstraße	2	22.423.279 €	55.918 €	73.279 €
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	13.368.552 €	28.504 €	36.930 €
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	25.768.462 €	70.023 €	92.360 €
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	70.475.368 €	37.951 €	52.359 €
Landkreis Fulda	3	16.989.793 €	44.015 €	62.007 €
Landkreis Gießen	2	22.466.312 €	37.382 €	48.108 €
Landkreis Groß-Gerau	2	16.950.008 €	43.130 €	59.266 €
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	7.490.936 €	39.635 €	60.902 €
Landkreis Hochtaunuskreis	2	33.589.857 €	60.413 €	73.501 €
Kreisfreie Stadt Kassel	1	14.720.428 €	27.827 €	36.709 €
Landkreis Kassel	2	16.820.098 €	53.911 €	66.746 €
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	16.733.221 €	38.645 €	51.967 €
Landkreis Limburg-Weilburg	2	14.821.108 €	55.718 €	74.106 €
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	31.581.123 €	52.028 €	70.025 €
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	28.084.920 €	72.571 €	88.876 €
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	17.114.020 €	37.696 €	47.017 €
Landkreis Odenwaldkreis	2	5.759.885 €	41.738 €	54.339 €
Landkreis Offenbach	2	31.705.350 €	58.497 €	75.669 €
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	6.989.158 €	24.784 €	32.660 €
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	20.960.980 €	77.347 €	93.160 €
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	11.556.307 €	50.686 €	67.188 €
Landkreis Vogelsbergkreis	4	6.678.186 €	54.294 €	75.036 €
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	8.732.388 €	35.070 €	44.781 €
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	6.104.958 €	40.430 €	49.634 €
Landkreis Wetteraukreis	2	27.634.295 €	54.939 €	72.722 €
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	28.522.554 €	39.126 €	49.865 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Die Größen je ambulant niedergelassener oder ambulant tätigen Ärztin beziehungsweise je ambulant niedergelassenem Arzt oder ambulant tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

2.3 Raumordnungsregionen in Hessen

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

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel erläutern. Das Kreisgebiet des Landkreises Offenbach mit rund 357.000 Einwohnerinnen und Einwohnern grenzt an die kreisfreie Stadt Offenbach am Main mit 131.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Insgesamt sind beide Verwaltungseinheiten auf kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Offenbach mit 215 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Offenbach liegt (152 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Offenbach als „Speckgürtel“ der Stadt Offenbach am Main mit einem PKV-Marktanteil von 11,5 % anteilig sehr viel mehr Privatversicherte leben wie in der Stadt Offenbach selbst (6,9 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der kreisfreien Stadt Offenbach (des Landkreises Offenbach) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Offenbach entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 75.669 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der kreisfreien Stadt Offenbach, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 32.660 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Offenbach wenig zu tun hat.

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

2.3.1 Strukturdaten

Von den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland liegen 5 Raumordnungsregionen in Hessen. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zwei Raumordnungsregionen als städtische Regionen (Regionstyp 1)³¹, eine als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) und 2 als ländliche Region mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3) definiert. Die einwohnerstärkste Raumordnungsregion ist die Rhein-Main-Region. In der Raumordnungsregion Rhein-Main-Region (Regionstyp 1) – zusammengesetzt aus den kreisfreien Städten Frankfurt am Main, Offenbach am Main und Wiesbaden sowie 6 Landkreisen – leben 2,93 Mio. Menschen. Die ländliche Raumordnungsregion Osthessen (Regionstyp 3) hat dagegen nur rund 343.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Region Osthessen fasst die Landkreise Fulda und Hersfeld-Rotenburg zusammen.

³¹ Regionstypen sind von Kreistypen zu unterscheiden. Während das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) für die Landkreise und kreisfreien Städte vier Kreistypen definiert, wird die Siedlungsstruktur in den Raumordnungsregionen mit drei Regionstypen charakterisiert.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Hessen

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Hessen	-	6,29 Mio.	11.424	8.701	182
Mittelhessen	3	1.048.740	1.877	1.442	179
Nordhessen	2	874.469	1.469	1.143	168
Osthessen	3	343.327	575	397	167
Rhein-Main	1	2.926.167	5.734	4.380	196
Starkenburger	1	1.100.451	1.769	1.339	161

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 31.12.2020 (Statistisches Bundesamt).

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

4 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen.

Die Ärztedichte ist mit 196 (161) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der Raumordnungsregion Rhein-Main (Starkenburger) am höchsten (niedrigsten). Im Vergleich zur Raumeinheit der kreisfreien Städte und Landkreise haben sich die Unterschiede allerdings erheblich relativiert. Liegt die Ärztedichte in der Kreis- und Stadt-Analyse zwischen 295 (kreisfreie Stadt Darmstadt) und 117 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen (Landkreis Vogelsbergkreis), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 161 bis 196 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen.

2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

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

In Hessen leben die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Rhein-Main (Regionstyp 1). Mit einem PKV-Marktanteil von 12,4 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 5 im Anhang). In ländlichen Raumordnungsregionen (Regionstyp 3) sind zwischen 9,2 % und 9,6 % der Bevölkerung privatversichert. Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 8,6 % in der Raumordnungsregion Nordhessen (Regionstyp 2). Damit gibt es sowohl in großstädtischen, städtischen als auch ländlicheren Raumordnungsregionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen Betrag von 305 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordhessen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Hessen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 305 € bis zu 440 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [246 € bis 652 €] ist die „Umsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Hessen bei 384 € je Einwohner/-in.

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze¹ in Hessen nach Raumordnungsregionen
in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Hessen	-	2,41 Mrd. €	384 €
Mittelhessen	3	358.550.980 €	342 €
Nordhessen	2	266.952.795 €	305 €
Osthessen	3	112.803.859 €	329 €
Rhein-Main	1	1.288.098.772 €	440 €
Starkenburger	1	388.305.518 €	353 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Auch in den Raumordnungsregionen ergeben sich aus den Umsätzen – als Teilmenge – die Mehrumsätze der Privatversicherten. Die Mehrumsätze stellen den Beitrag zur medizinischen Versorgung in Hessen dar, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe. In den Raumordnungsregionen Hessens entsteht ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 105 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordhessen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Hessen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6b nachzuvollziehende und in Abbildung 7 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 105 € bis zu 152 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [85 € bis 225 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei 132 €.

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Hessen	-	833 Mio. €	132 €
Mittelhessen	3	123.655.582 €	118 €
Nordhessen	2	92.065.578 €	105 €
Osthessen	3	38.903.329 €	113 €
Rhein-Main	1	444.234.189 €	152 €
Starkenburger	1	133.917.205 €	122 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die in den Regionen verbleibenden Umsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Hessen auf 985 Mio. € p.a. Ein ambulanter „Sockel-Umsatz“ von 95.281 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Nordhessen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Hessen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 95.281 € und 119.975 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 61.394 € und 175.124 €] ist die „Umsatzspanne“ je niedergelassener Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Hessen bei rund 113.200 €.

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Hessen	-	985 Mio. €	86.200 €²	113.200 €²
Mittelhessen	3	146.274.299 €	77.930 €	101.438 €
Nordhessen	2	108.905.944 €	74.136 €	95.281 €
Osthessen	3	46.019.412 €	80.034 €	115.918 €
Rhein-Main	1	525.492.206 €	91.645 €	119.975 €
Starkenburger Land	1	158.412.948 €	89.549 €	118.307 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

² Die Größen je ambulant niedergelassener oder ambulant tätigen Ärztin beziehungsweise je ambulant niedergelassenem Arzt oder ambulant tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt sich der Mehrumsatz als Teilmenge der Umsätze dar. Die Mehrumsätze machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. In Hessen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 524 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7b). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 50.686 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Nordhessen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Hessen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 50.686 € und 63.823 € (vgl. Abbildung 10). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 24.784 € und 77.347 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassener Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Hessen bei rund 60.200 €.

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Hessen	-	524 Mio. €	45.900 €²	60.200 €²
Mittelhessen	3	77.812.847 €	41.456 €	53.962 €
Nordhessen	2	57.934.180 €	39.438 €	50.686 €
Osthessen	3	24.480.729 €	42.575 €	61.664 €
Rhein-Main	1	279.543.604 €	48.752 €	63.823 €
Starkenburger Land	1	84.270.187 €	47.637 €	62.935 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Die Größen je ambulant niedergelassener oder ambulant tätigen Ärztin beziehungsweise je ambulant niedergelassenem Arzt oder ambulant tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte

Die Häufigkeit der Privatversicherten in den Regionen – der regionale PKV-Marktanteil – ist lediglich einer von drei bestimmenden Faktoren, mit denen die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten 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 [„Privatversicherte in (wirtschaftsstarken) Städten sind im Durchschnitt jünger“] und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer [„Einnahmen in (wirtschaftsstarken) Städten sind i.d.R. real weniger wert“] – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Analyse der regionalen Bedeutung der Privatversicherten vorgenommen. Im Ergebnis werden im PKV-Deutschlandatlas Verzerrungen durch regionale Alters- und (ärztliche) Kostenunterschiede weitestgehend vermieden.

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 Raumordnungseinheiten 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 PKV-Verbandes 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; in Hessen bei 47,01 Jahren.³⁴ Mit knapp über 51,9 Jahren sind die Privatversicherten im Werra-Meißner-Kreis am ältesten. In Frankfurt am Main dagegen leben mit durchschnittlich 43,7 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Im Trend sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten im Durchschnitt jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen. So sind z. B. Privatversicherte im östlichen Landkreis Hersfeld-Rotenburg mit durchschnittlich 50,8 Jahren deutlich älter als Privatversicherte im großstädtisch geprägten Main-Taunus-Kreis (45,0 Jahre), der angesichts der geographischen Lage des Landkrieses zum Ballungsgebiet Rhein-Main gehört.

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

³² PKV-Kopfschadensstatistik.

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

³⁴ PKV-Verbandsstatistik.

Region im Durchschnitt sind, desto mehr regional verbleibende Mehrumsätze je Privatversicherten fallen an. Ein Zusammenhang, der bei der regionalen Altersadjustierung der Privatversicherten und der von ihnen ausgelösten Mehrumsätze nicht linear, sondern gemäß dem altersabhängigen Kopfschadenprofil der Privatversicherten der Ausgabenrealität entsprechend berücksichtigt wird.

Bei der Betrachtung von regionalen Mehrumsätzen legt die Berücksichtigung von regionalen Altersstrukturen der Privatversicherten offen, dass die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen in relativ ländlichen oder strukturschwachen Regionen unterschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Werra-Meißner-Kreis) regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 99 € (97 €) je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Werra-Meißner-Kreis) aber bei altersadjustierten 113 € (117 €) je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Werra-Meißner-Kreis) altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 69.799 € (59.928 €) an. Damit liegen die altersadjustierten Mehrumsätze bis zu 20 % über den anfänglich ermittelten Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen [Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Werra-Meißner-Kreis): 60.902 € (49.634 €)]. Ähnliches gilt für die ländlichen Raumordnungsregionen in Hessen. In der Realität liegen zum Beispiel die Mehrumsätze in der Raumordnungsregion Nordhessen nicht bei 50.686 €, sondern bei altersadjustierten 56.463 € je ambulant niedergelassenen Arzt.

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei großstädtisch oder industriell geprägten Regionen. Hier stellen die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil eine Überschätzung dar. So sind zum Beispiel die in Frankfurt (im Landkreis Main-Taunus) regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil auf 147 (187) je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Landkreis in Frankfurt (im Landkreis Main-Taunus) aber bei altersadjustierten 136 € (177 €) je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Frankfurt nicht 52.359 €, sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von nur 46.616 € an.

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 Ärztinnen und Ärzte oder ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte möglich.

Angelehnt an die Vorgehensweise des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Lebenshaltungskosten in Deutschland wird als Ausgangspunkt ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für Ärztinnen und Ärzte gebildet. Grundlage für einen derartigen „Kosten-Warenkorb“ soll das sogenannte Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise³⁵ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und 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

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

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 Ärztinnen und 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 quasieinheitlich 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten

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.

vor. Basisdaten von Empirica (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 5,33 €/m² (Werra-Meißner-Kreis/Kreistyp 4) und 14,06 €/m² (Stadt Frankfurt am Main/Kreistyp 1) 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 in Hessen zwischen 3.020 € (Werra-Meißner-Kreis/Kreistyp 4) und 4.491 € (Stadt Darmstadt/Kreistyp 1).^{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 Ärztinnen und 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 Hessen entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt von Hessen. Diese Orientierung der normierten Vergleichsgröße am Landesdurchschnitt ist schon deshalb angezeigt, weil ärztliche Standortentscheidungen in der Regel nicht bundesweit, sondern innerhalb eines Bundeslandes unter Einbezug angrenzender Stadtstaaten regional vollzogen werden. Der regionale Gesamtindex und die jeweiligen Teilindizes im Einzelnen:

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

41 Regionale Preis- und Kostenindizes beziehen sich stets auf eine definierte (einheitliche) Leistung/Menge. Ansonsten wäre eine regionale Vergleichbarkeit nicht gegeben. Dabei können Ärztinnen, Ärzte und Arztpraxen auf regionale Mietunterschiede in €/m² mit Anpassung reagieren und zum Beispiel in der Stadt weniger große Praxisräume 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 Ärztinnen und Ärzten nicht nur medizinische Fachangestellte, sondern im erheblichen Umfang auch (angestellte) Ärztinnen und 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 14.8.2023]. 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 z.B. innerhalb von Hessen die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in der „teuersten“ Region über 20 % über den Gehältern in der „preiswertesten“ Region [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Hessen, Stand 14.8.2023].

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

Tabelle 8: Gesamtkosten-Index

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

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen & Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamindex
Gewichtung	-	55%	22%	8%	15%	100%
Hessen	-	100,0	100,0	100,0	100	100,0
Mittelhessen	3	91,2	80,6	69,9	100	88,5
Landkreis Gießen	2	92,1	91,4	72,4	100	91,5
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	93,0	71,9	68,3	100	87,4
Landkreis Limburg-Weilburg	2	84,5	70,2	62,0	100	81,9
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	94,2	86,5	77,1	100	92,0
Landkreis Vogelsbergkreis	4	84,3	58,7	54,3	100	78,6
Nordhessen	2	92,1	69,9	77,8	100	87,3
Kreisfreie Stadt Kassel	1	97,7	82,1	102,7	100	95,0
Landkreis Kassel	2	95,8	71,0	60,6	100	88,2
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	85,1	61,0	64,8	100	80,4
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	88,8	59,7	75,6	100	83,0
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	80,9	54,8	49,5	100	75,5
Osthessen	3	83,2	72,0	74,7	100	82,6
Landkreis Fulda	3	84,1	77,1	74,6	100	84,2
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	81,2	61,7	75,0	100	79,2
Rhein-Main	1	107,1	116,9	120,7	100	109,3
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	120,1	144,5	188,7	100	127,9
Landkreis Hochtaunuskreis	2	113,7	114,6	95,2	100	110,3
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	89,1	91,1	73,6	100	89,9
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	118,7	113,1	112,5	100	114,2
Landkreis Offenbach	2	97,9	103,5	80,0	100	98,0
Kreisfreie Stadt Offenbach am Main	1	96,5	114,2	71,8	100	98,9
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	89,6	91,6	50,4	100	88,4
Landkreis Wetteraukreis	2	88,6	90,6	59,2	100	88,4
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	108,3	110,1	128,0	100	109,0
Starkenburger Land	1	98,2	100,1	91,5	100	98,4
Landkreis Bergstraße	2	86,1	88,9	57,9	100	86,5
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	120,2	118,2	159,5	100	119,9
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	88,7	96,7	57,3	100	89,6
Landkreis Groß-Gerau	2	97,7	102,8	90,3	100	98,6
Landkreis Odenwaldkreis	2	85,4	72,4	52,6	100	82,1

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.

3.3 Realwert der 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 Ärztinnen und Ärzte aus Abschnitt 3.2 stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen, bei den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze der Privatpatienten aus Abschnitt 3.1 annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Raumordnungsregionen darzustellen. Prinzipiell wäre eine derartige Realwert-Analyse nicht nur für die bei ambulanten Ärztinnen und 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 Ärztinnen und 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

Angesichts der Ausgangsbedingung, dass sich ein „Kosten-Warenkorb“ annäherungsweise lediglich für die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, nicht aber für alle regional tätigen Leistungserbringer inklusive Apotheken, Heilpraktikerinnen, Heilpraktiker etc. bilden lässt, soll im Folgenden nur der Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung dargestellt werden. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse im Detail. Die Abbildungen 9 und 11 (vgl. Anhang) visualisieren die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze für die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Landkarte innerhalb der Landesgrenzen von Hessen. Im Einzelnen:

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).

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr

	Regions- und Kreistyp ¹	Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
		Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Mittelhessen	3	91.657.667 €	48.832 €	63.563 €	53.962 €
Landkreis Gießen	2	24.754.268 €	41.189 €	53.007 €	48.108 €
Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	20.076.163 €	46.365 €	62.348 €	51.967 €
Landkreis Limburg-Weilburg	2	17.856.089 €	67.128 €	89.280 €	74.106 €
Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	19.697.906 €	43.388 €	54.115 €	47.017 €
Landkreis Vogelsbergkreis	4	9.273.241 €	75.392 €	104.194 €	75.036 €
Nordhessen	2	75.313.639 €	51.269 €	65.891 €	50.686 €
Kreisfreie Stadt Kassel	1	17.178.313 €	32.473 €	42.839 €	36.709 €
Landkreis Kassel	2	21.012.485 €	67.348 €	83.383 €	66.746 €
Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	15.391.621 €	67.507 €	89.486 €	67.188 €
Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	11.966.319 €	48.058 €	61.366 €	44.781 €
Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	9.764.901 €	64.668 €	79.389 €	49.634 €
Osthessen	3	30.694.850 €	53.382 €	77.317 €	61.664 €
Landkreis Fulda	3	19.857.314 €	51.444 €	72.472 €	62.007 €
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	10.837.536 €	57.342 €	88.110 €	60.902 €
Rhein-Main	1	260.557.600 €	45.441 €	59.488 €	63.823 €
Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	51.143.422 €	27.541 €	37.997 €	52.359 €
Landkreis Hochtaunuskreis	2	29.528.274 €	53.108 €	64.613 €	73.501 €
Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	35.107.141 €	57.837 €	77.843 €	70.025 €
Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	23.404.609 €	60.477 €	74.065 €	88.876 €
Landkreis Offenbach	2	32.143.678 €	59.306 €	76.715 €	75.669 €
Kreisfreie Stadt Offenbach	1	7.258.240 €	25.738 €	33.917 €	32.660 €
Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	24.332.173 €	89.787 €	108.143 €	93.160 €
Landkreis Wetteraukreis	2	30.790.291 €	61.213 €	81.027 €	72.722 €
Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	26.849.773 €	36.831 €	46.940 €	49.865 €
Starkenburger Land	1	91.676.695 €	51.824 €	68.467 €	62.935 €
Landkreis Bergstraße	2	25.966.591 €	64.755 €	84.858 €	73.279 €
Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	11.465.323 €	24.446 €	31.672 €	36.930 €
Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	29.238.722 €	79.453 €	104.798 €	92.360 €
Landkreis Groß-Gerau	2	17.309.551 €	44.045 €	60.523 €	59.266 €
Landkreis Odenwaldkreis	2	7.696.508 €	55.772 €	72.609 €	54.339 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i.d.R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind z.B. die im Werra-Meißner-Kreis (Landkreis Vogelsbergkreis) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 49.634 € (75.036 €) altersadjustiert real 79.389 € (104.194 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region – wenn die Altersstrukturen der Privatversicherten und der ärztliche „Kosten-Warenkorb“ der Mehrumsätze mit in die Betrachtungen einbezogen werden – im altersbereinigten Realwert-Vergleich sehr gut da.

Vor allem mit Blick auf die kreisfreie Stadt Frankfurt am Main zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen deutlich unter denen in der Nominalwert-Analyse. Lagen in Frankfurt am Main in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze bei 52.359 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und preisbereinigten Realwerte der Mehrumsätze eine deutlich „abgesenkte“ Größenordnung von 37.997 € je ambulant niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt an. Damit fallen die kreisfreie Stadt Frankfurt am Main hinter viele ländliche oder sehr ländliche Landkreise zurück.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Kreisen, Städten und Raumordnungsregionen immer ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“, der in der kreisfreien Stadt Offenbach am Main einen jährlichen Realwert von 7,3 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Osthessen einen Realwert von 30,7 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 31.672 € (Stadt Darmstadt) beziehungsweise 59.488 € (Raumordnungsregion Rhein-Main) zur Verfügung. Im zusammenfassenden Ergebnis verschiebt sich durch die Realwert-Analyse die nominale Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze in Hessen erheblich.

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 Hessen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 11,4 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel die kreisfreie Stadt Offenbach mit einem PKV-Marktanteil von 6,91 % von einem PKV-Marktanteil von rund 18,31 % im wirtschaftlich- und einkommensstarken Hochtaunuskreis kontrastiert wird. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung verzerren, zumal größere Ballungsräume 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 10 fasst die Messungen zur (Un-)gleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen zu Nominalwerten zusammen. Dabei zeigt sich unter anderem, dass sich die Verteilung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten – 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 beträgt 178, die Standardabweichung 49, d.h.: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten in Hessen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 49 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 176 ab.⁴⁷

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt um 2,7 Prozentpunkte vom Mittelwert (10,3 %) ab.⁴⁸ Die Mehrumsätze sind zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten je nach Bezugsgröße entsprechend verteilt. Bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner/-in beträgt die Variationsweite als Differenz zwischen dem größten und dem niedrigsten Wert 140 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 33 € vom Mittelwert 127 € ab.⁴⁹ Eine vergleichbar höhere (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 16.746 € weichen diese im Durchschnitt um rund 17.000 € vom Mittelwert in Höhe von 61.893 € ab.⁵⁰

47 Die durchschnittliche Abweichung von 49 vom Mittelwert 178 entspricht rund 28 %.

48 Die durchschnittliche Abweichung von 2,7 %-Punkten vom Mittelwert 10,3 % entspricht rund 26 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 33 € vom Mittelwert 127 € entspricht rund 26 %.

50 Die durchschnittliche Abweichung von 16.746 € vom Mittelwert 61.893 € entspricht rund 27 %.

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

Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil

Hessen	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	176	178	49
PKV-Marktanteil	10,3 %	11,4 %-Punkte	2,7 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	127 €	140 €	33 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	61.893 €	60.500 €	16.746 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	174	35	14
PKV-Marktanteil	9,9 %	3,8 %-Punkte	1,4 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	122 €	47 €	18 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	58.614 €	13.137 €	5.908 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streuen alle Beobachtungsgrößen weniger als zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Unter anderem ist die Aussage, die Ärztinnen und Ärzte seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, sowohl statistisch als auch visualisiert (vgl. Abbildung 3 im Anhang) zu relativieren. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 35, die entsprechende Standardabweichung 14, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 14 Ärztinnen und Ärzte je 100.0000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 174 ab.⁵¹ Das ist weniger als bei Festhalten an den starren Stadt- und Kreisgrenzen. Und auch die Verteilung der Mehrumsätze stellt sich gleichmäßiger dar. Bei den ambulanten Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 5.908 € vom Mittelwert 58.614 € ab.⁵² Insgesamt stellt sich das – im Vergleich zur Beobachtung zwischen den starren Stadt- und Kreisgrenzen – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

51 Die durchschnittliche Abweichung von 14 vom Mittelwert 174 entspricht rund 8 %.

52 Die durchschnittliche Abweichung von 5.908 € vom Mittelwert 58.614 € entspricht rund 10 %.

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

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

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen

Altersadjustierte Realwert-Analyse

Hessen	$\bar{\varnothing}$ [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	70.604 €	76.471 €	21.455 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	66.945 €	17.829 €	6.672 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Auch in der Realwertanalyse zeigt sich, dass die an starren Kreis- und Stadtgrenzen festhaltende Analyse nach Landkreisen und kreisfreien Städten die Ungleichheiten überzeichnet. Im flexibleren Konzept der Raumordnungsregionen weist der relevante Beobachtungsparameter auf eine niedrigere Streuung hin. Die Aussage, die regional bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten verbleibenden Realwerte der Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt sei zwischen den Regionen ungleich verteilt, ist zu relativieren. Auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) beträgt die Variationsweite 76.471 € (17.829 €), die entsprechende Standardabweichung 21.455 € (6.672 €), das heißt: In den Städten und Landkreisen (Raumordnungsregionen) weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 21.455 € (6.672 €) vom Mittelwert 70.604 € (66.945 €) ab.⁵³ Das stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine relativ gleichmäßige Verteilung dar.

53 Auf der Ebene der Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) entspricht die durchschnittliche Abweichung von 21.455 € (6.672 €) vom Mittelwert 70.604 € (66.945 €) rund 30 % (10 %).

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

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

Der Anteil der Privatversicherten in Hessen ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt überschaubare Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 9,1 % beziehungsweise 7,8 %. In kreisfreien Großstädten (Kreistyp 1), verstädterten Kreisen (Kreistyp 2) und wirtschaftsstarke, städtischen Regionen (Regionstyp 1) leben mit 10,8 % (Kreistyp 1 & 2) und 11,1 % (Regionstyp 1) nur unwesentlich mehr Privatversicherte. Für die medizinische Versorgung auf dem Land sind allerdings nicht die Marktanteile der Privatversicherten in den Regionen von Relevanz, sondern unter anderem die Mehrumsätze, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen. Dabei lässt sich für Hessen folgendes Ergebnis feststellen: Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Ballungszentren des Kreistyps 1. Lediglich verstädterte Landkreise weisen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen. Auf der Ebene der Raumordnungsregionen lassen sich dagegen keine großen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen finden. Städtische und ländliche Raumordnungsregionen erreichen jeweils Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt zwischen 57.000 € und 63.000 € jährlich. Als Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass ländliche und sehr ländliche Regionen (Kreistyp 3 & 4/Regionstyp 3) sehr wohl und zum Teil auch überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

Das häufig aus den Medien gelernte Bild von Ärztinnen und Ärzten in dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehender (und deutlicher) als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Privatversicherte hinterlassen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt – im Trend – real umso mehr (weniger) Mehrumsätze je ländlicher (städtischer) das Lebensumfeld ist. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt mit 83.265 € mehr als doppelt so hohe Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1. Ein Befund, der sich beim Übergang von Kreistypen auf Raumordnungsregionstypen verstärkt. Die Versorgungsstrukturen der ländlichen Raumordnungsregionen (Regionstyp 3) profitieren von Privatversicherten im Durchschnitt mehr als die Ballungsgebiete (Regionstyp 1) und verstädterten Regionen (Typ 2). Hier gilt: Je ländlicher Hessen wird, desto höher die (realen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt.

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal sind die Privatversicherten in Hessen relativ gleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen verteilt. Darüber hinaus existieren auch in Hessen Alters- und Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land. Offensichtlich entfalten der höhere Altersdurchschnitt der Privatversicherten in ländlichen Regionen und das dort vorherrschende (ärztliche) Preis- und Kostenniveau (zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Lohn- und Praxiskosten) eine erkennbare Wirkung. Die auch in Hessen wahrnehmbare relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Landkreisen verliert dabei an Bedeutung. Die Nominal-, vor allem aber die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien ausschließlich für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarke Städten nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Hessen	Landkreise & kreisfreie Städte				Raumordnungsregionen		
	Kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1)	Städtische Kreise (Kreistyp 2)	Ländliche Kreise (verdichtet) (Kreistyp 3)	Ländliche Kreise (dünn besiedelt) (Kreistyp 4)	Städtische Regionen (Regionstyp 1)	Regionen mit Verstärkung (Regionstyp 2)	Ländliche Regionen (Regionstyp 3)
PKV-Marktanteil	10,5 %	11,3 %	9,1 %	7,8 %	11,1 %	8,6 %	9,4 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	41.704 €	71.009 €	58.737 €	57.588 €	63.379 €	50.686 €	57.813 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	38.673 €	78.087 €	72.024 €	83.265 €	63.977 €	65.891 €	70.440 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse im PKV-Regionalatlas Hessen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Die Rankings beschränken 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 nicht gäbe.

Die Rankings ermöglichen einen regionalen Mehrumsatz-Vergleich auf einen Blick. Zur Orientierung sind jeweils auch Angaben zur Ärztedichte in den Regionen zu finden. Dabei werden neben den kreisfreien Städten und Landkreisen (Abschnitt 5.1) und Raumordnungsregionen (Abschnitt 5.2) auch sogenannte Ankerregionen (Abschnitt 5.3) mit in die Überlegungen einbezogen. Mit dem Konzept der Ankerregionen wird ein Versuch unternommen, sowohl die Problematik der „Stadt-Umland-Verzerrungen“ zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen als auch die der relativen Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen zu vermeiden.

5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Tabelle 13 zeigt – nach Landkreisen und kreisfreien Städten absteigend sortiert – die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert). Dabei lässt sich feststellen, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt in Landkreisen oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Kassel, Frankfurt am Main, Offenbach und Darmstadt sowie die Landeshauptstadt Wiesbaden sind alle am Schluss des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Vogelsbergkreis (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 104.194 € anfallen (Rang 3 von 26), sind es in den Arztpraxen der kreisfreien Stadt Offenbach (Rang 25 von 26) „nur“ 33.917 Euro jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte für das Umland zurückzuführen ist.

Abseits der kreisfreien Städte zeigt das Ranking ein relativ heterogenes Bild. Verstädterte Landkreise (Kreistyp 2) und ländliche beziehungsweise sehr dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den verstädterten Landkreisen Rheingau-Taunus-Kreis (Kreistyp 2) und Darmstadt-Dieburg (Kreistyp 2). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (124 bis 145 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 104.798 € und 108.143 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie Stadt Darmstadt (Kreistyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (295 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen).

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Landkreis/kreisfreie Stadt	Kreistyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	2	108.143 €	145
2	Landkreis Darmstadt-Dieburg	2	104.798 €	124
3	Landkreis Vogelsbergkreis	4	104.194 €	117
4	Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	89.486 €	127
5	Landkreis Limburg-Weilburg	2	89.280 €	154
6	Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	88.110 €	157
7	Landkreis Bergstraße	2	84.858 €	148
8	Landkreis Kassel	2	83.383 €	132
9	Landkreis Wetteraukreis	2	81.027 €	162
10	Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	79.389 €	151
11	Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	77.843 €	144
12	Landkreis Offenbach	2	76.715 €	152
13	Landkreis Main-Taunus-Kreis	2	74.065 €	162
14	Landkreis Odenwaldkreis	2	72.609 €	143
15	Landkreis Fulda	3	72.472 €	173
16	Landkreis Hochtaunuskreis	2	64.613 €	234
17	Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	62.348 €	171
18	Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	61.366 €	159
19	Landkreis Groß-Gerau	2	60.523 €	142
20	Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	54.115 €	185
21	Landkreis Gießen	2	53.007 €	221
22	Kreisfreie Stadt Wiesbaden	1	46.940 €	262
23	Kreisfreie Stadt Kassel	1	42.839 €	263
24	Kreisfreie Stadt Frankfurt am Main	1	37.997 €	243
25	Kreisfreie Stadt Offenbach	1	33.917 €	215
26	Kreisfreie Stadt Darmstadt	1	31.672 €	295

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 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen

Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich sogenannte „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil die Einwohnerinnen und Einwohner eines Landkreises oder eines städtischen „Speckgürtels“ (mit relativ vielen Privatversicherten) systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärztinnen und Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich, dass die Realwerte der Mehrumsätze in ländlichen Raumordnungsregionen zum Beispiel in Osthessen (Rang 1 von 5) über den Mehrumsätzen im Ballungsgebiet Rhein-Main (Rang 5 von 5) liegen. Rechnerisch entstehen in der Raumordnungsregion Rhein-Main je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 59.488 €. Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (196 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ hohem ärztlichen Kostenniveau.

Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen

Realwert von Mehrumsätzen der Privatversicherten je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Osthessen	3	77.317 €	167
2	Starkenburger Land	1	68.467 €	161
3	Nordhessen	2	65.891 €	168
4	Mittelhessen	3	63.563 €	179
5	Rhein-Main	1	59.488 €	196

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

5.3 Ranking nach Ankerregionen

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

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

- › Bildung einer Ankerregion, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig von Landkreisen umschlossen werden. Dabei ist häufig zu beobachten, dass die Ankerstädte sowohl die Verwaltung des umliegenden Landkreises als auch die der kreisfreien Stadt beherbergen. Auch „Namensidentitäten“ sind nicht selten.
- › Angliederung an eine Ankerregion, wenn sich die Kreisfreiheit von Städten nicht wirtschaftlich oder verwaltungsorganisatorisch, sondern „nur“ historisch begründen lässt.
- › Bildung einer Ankerregion, die den Grenzen eines einzigen Landkreises entsprechen, wenn es angesichts der geografischen, oft ländlichen und dünn besiedelten Lage des Landkreises keine (größeren) Ankerstädte gibt.

Nach den genannten Strukturmerkmalen lassen sich in Hessen insgesamt 4 (zusammengefasste) Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 15 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Dabei zeigt das Gesamtbild der Ankerregionen, dass sowohl sehr ländliche Ankerregionen (Kreistyp 4 & 3) wie auch verstädterte Ankerregionen (Kreistyp 2) über das ganze Tableau platziert sind. Ankerregionen rund um Großstädte (Kreistyp 1) finden sich dagegen ausschließlich im unteren Drittel des Tableaus.

Angeführt wird das Ranking von den ländlichen Ankerregionen Vogelberg (Kreistyp 4) und Schwalm-Eder (Kreistyp 3). Zu den Schlusslichtern gehören neben den Landkreisen Gießen und dem Landkreis Marburg-Biedenkopf vor allem die dicht besiedelte Ankerregion Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2). So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Schwalm-Eder (Kreistyp 3/Rang 2 von 19) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 89.486 €. In den Ankerregionen Darmstadt (Kreistyp 1+2/Rang 16 von 19) und Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2/Rang 19 von 19) sind es „nur“ 58.479 € beziehungsweise 50.894 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen großen, wirtschaftlich starken Ankerstädten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen der Privatversicherten je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Vogelsberg	Landkreis Vogelsbergkreis	4	104.194 €	117
2	Schwalm-Eder	Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	3	89.486 €	127
3	Limburg-Weilburg	Landkreis Limburg-Weilburg	2	89.280 €	154
4	Hersfeld-Rotenburg	Landkreis Hersfeld-Rotenburg	4	88.110 €	157
5	Bergstraße	Landkreis Bergstraße	2	84.858 €	148
6	Wetterau	Landkreis Wetteraukreis	2	81.027 €	162
7	Werra-Meißner	Landkreis Werra-Meißner-Kreis	4	79.389 €	151
8	Main-Kinzig	Landkreis Main-Kinzig-Kreis	2	77.843 €	144
9	Odenwald	Landkreis Odenwaldkreis	2	72.609 €	143
10	Fulda	Landkreis Fulda	3	72.472 €	173
11	Lahn-Dill	Landkreis Lahn-Dill-Kreis	2	62.348 €	171
12	Offenbach	Kreisfreie Stadt Offenbach + Landkreis Offenbach	1+2	62.114 €	169
13	Waldeck-Frankenberg	Landkreis Waldeck-Frankenberg	4	61.366 €	159
14	Groß-Gerau	Landkreis Groß-Gerau	2	60.523 €	142
15	Kassel	Kreisfreie Stadt Kassel + Landkreis Kassel	1+2	59.066 €	192
16	Darmstadt	Kreisfreie Stadt Darmstadt + Landkreis Darmstadt-Dieburg	1+2	58.479 €	183
17	Marburg-Biedenkopf	Landkreis Marburg-Biedenkopf	3	54.115 €	185
18	Gießen	Landkreis Gießen	2	53.007 €	221
19	Rhein-Main-Taunus	Stadt Frankfurt, Stadt Wiesbaden, Hochtaunuskreis, Main-Taunus- Kreis & Rheingau-Taunus-Kreis	1+2	50.894 €	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 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

Deutschland und Hessen stehen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung im internationalen Vergleich gut da. Es gibt überproportional viele Ärztinnen und 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 Hessen 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 Ärztinnen und 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.⁵⁴ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnter“ sei.⁵⁵

Große Teile der von Privatpatienten ausgelösten 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 Hessen detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Umsätzen und Mehrumsätzen vor. Dabei wird – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind im Durchschnitt jünger“) und mit Blick auf das regional unterschiedliche Preis- und Kostenniveau („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 Einzelnen:

Hessen

- › In Hessen sind 10,8 % der Bevölkerung privatversichert. Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern in Hessen – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten etc. – Leistungsausgaben beziehungsweise Umsätze in Höhe von insgesamt 2,41 Mrd. € jährlich.
- › Im Durchschnitt erzielen in Hessen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren 20,6 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Hessen nur 10,8 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Aus den Umsatz-Zahlen lassen sich auch konkrete, vom Versicherungsstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge ableiten. Der Kosten-Deckungsbeitrag eines privat (gesetzlich) Versicherten – definiert

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

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

als Euro-Beitrag, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung zur Verfügung steht – liegt im Durchschnitt bei 1.453 € (664 €) jährlich. Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen um den Faktor 2,19 höheren Durchschnittsbeitrag zur Deckung der Kosten einer Arztpraxis als ein GKV-Versicherter

- › Eine Teilgröße der Umsätze stellen die Mehrumsätze der Privatversicherten 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 – in Hessen p.a. 833 Mio. €. Je Einwohner/-in entspricht das 132 €. Von den in Hessen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 833 Mio. € entfallen 524 Mio.€ auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 60.200 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Hessen

- › In Hessen gibt es sowohl stärker städtisch als auch ländlicher geprägte Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Von den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten in Hessen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 5 als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), 14 als verstädterter Landkreis (Kreistyp 2), 3 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 4 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.
- › Die Privatversicherten in Hessen sind relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 9,1 % beziehungsweise 7,8 %. In kreisfreien Städten (Kreistyp 1), verstädterten Kreisen (Kreistyp 2) und wirtschaftsstarken, städtischen Regionen (Regionstyp 1) leben mit 10,8 % (Kreistyp 1 & 2) und 11,1 % „überschaubar“ mehr Privatversicherte.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 26,5 Mio. € (Landkreis Odenwaldkreis) beziehungsweise von 246 € je Einwohner/-in (kreisfreie Stadt Offenbach) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Hessen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 246 € bis 652 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt bei 384 € je Einwohner/-in. Alle weiteren regionalen Umsätze der Privatversicherten finden sich in Tabelle 3a.
- › Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, stellen eine Teilmenge der Umsätze dar. Selbst in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten gibt es einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 9,2 Mio. € (Landkreis Odenwaldkreis) beziehungsweise von 85 € je Einwohner/-in (kreisfreie Stadt Offenbach) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Hessen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 85 € bis 225 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Hessen bei Mehrumsätzen von 132 € je Einwohner/-in. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und Städten finden sich in Tabelle 3b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 6 visualisiert.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Von diesen Mehrumsätzen profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen. Zum Beispiel liegen im sehr ländlichen Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei „guten“ 60.902 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 32.660 € (kreisfreie Stadt Offenbach am Main) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 32.660 € und 93.160 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 60.200 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 8 visualisiert.

Raumordnungsregionen in Hessen

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

Beispiel: Kreisfreie Stadt Offenbach & Landkreis Offenbach

Der Landkreis Offenbach grenzt an die kreisfreie Stadt Offenbach. Insgesamt sind beide Verwaltungseinheiten soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Offenbach mit 215 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Offenbach liegt (152 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Offenbach als „Speckgürtel“ der Stadt Offenbach am Main mit einem PKV-Marktanteil von 11,5 % anteilig sehr viel mehr Privatversicherte leben wie in der Stadt Offenbach selbst (6,9 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der kreisfreien Stadt Offenbach (des Landkreises Offenbach) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Offenbach entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 75.669 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der kreisfreien Stadt Offenbach, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 32.660 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Offenbach wenig zu tun hat..

- › Im vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Konzept der Raumordnungsregionen werden dagegen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen Beitrag die Privatversicherten zur medizinischen Infrastruktur in den Regionen hinterlassen.
- › Um Raumordnungsregionen zu bilden, unterscheidet das BBSR in Hessen zwischen städtischen (Regionstyp 1), ländlich-verstädterten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen mit dünner Besiedlung (Regionstyps 3). Jede Raumordnungsregion fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Hessen leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Rhein-Main (12,4 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 8,6 % in der Raumordnungsregion Nordhessen (Regionstyp 2). Damit gibt es sowohl im großstädtischen, städtischen als auch ländlicheren Regionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Als Landkarte sind die PKV-Marktanteile nach Raumordnungsregionen in Abbildung 5 visualisiert.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Raumordnungsregionen einen „Mindest-Umsatz“, der einen Betrag von 305 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordhessen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Hessen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 305 € bis zu 440 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Hessen bei 384 € je Einwohner/-in. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6a.
- › Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, stellen eine Teilmenge der Umsätze dar. Selbst in den strukturell schwächeren Raumordnungsregionen gibt es einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 105 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordhessen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Hessen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 105 € bis zu 152 €. Der Durchschnitt liegt bei

132 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 6 visualisiert.

- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. In der ambulanten ärztlichen Versorgung existiert auch in ländlichen Raumordnungsregionen ein verbleibender „Mindest-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Betrag von 50.686 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Nordhessen) nicht unterschreitet. Damit ergibt sich für Hessen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 50.686 € und 63.823 € (vgl. Abbildung 10). Der Durchschnitt liegt in Hessen bei rund 60.200 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 7b.

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 (Hessen) liegt bei 46,74 (47,01) Jahren. In den Großstadt Frankfurt am Main (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 43,7 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Am ältesten dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 51,9 Jahren im ländlichen Werra-Meißner-Kreis (Kreistyp 4). Im Trend – so die deutschlandweite Beobachtung – sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Kreistyp 1 & 2) jünger als in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4).
- › 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. Weil Privatversicherte in Ballungszentren, Universitätsstädten und anderen urbanen Zentren (auf dem Land) relativ jünger (älter) sind, sind die bisher ausgewiesenen Umsätze und Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) nicht immer, aber regelmäßig unterschätzt und in (relativ) städtischen Regionen (Kreistyp 1 & 2) überschätzt worden.

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 Ärztinnen und Ärzte möglich. Dazu wird ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gebildet. Dabei sind als Kostenarten Praxisaufwendungen einzubeziehen, die deutschlandweit einheitlich bzw. quasieinheitlich sind (z.B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z.B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahme).
- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärztinnen und Ärzte lässt sich ein regionaler (niedersächsischer)⁵⁶ Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bilden. Der Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen

56 Hier unter Einbezug von Bremen.

Ärztinnen und Ärzten verbleibenden altersadjustierten Umsätze und Mehrumsätze annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Regionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i.d.R. häufiger zu Ärztinnen und Ärzten. Und das ärztliche Kostenniveau in der Stadt ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z.B. Gehälter für ärztliches Fachpersonal oder Praxismieten in der Landeshauptstadt Hannover mit denen im Landkreis Celle verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter 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 Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i.d.R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind zum Beispiel die im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Werra-Meißner-Kreis) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 60.902 € (49.634 €) real 69.799 € (59.928 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als ländliche Region im Gesamtvergleich sehr gut da.
- › In den größeren Städten (Kreistyp 1) zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Liegen in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze zum Beispiel in Frankfurt bei 52.359 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 37.997 € an. Insgesamt verschiebt sich durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen die Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze zum Teil deutlich. Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 9.

Stadt-Land-Analyse

- › Der Anteil der Privatversicherten ist in Hessen relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt überschaubare Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 9,1 % beziehungsweise 7,8 %. In kreisfreien Großstädten, verstädterten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 10,5 % beziehungsweise 11,3 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte.
- › Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Ballungszentren des Kreistyps 1. Lediglich verstädterte Landkreise weisen höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen.
- › Auf der Ebene der Raumordnungsregionen lassen sich dagegen keine großen Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen finden. Städtische und ländliche Raumordnungsregionen erreichen jeweils Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt zwischen 57.000 € und 63.000 € jährlich. Als Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass ländliche und sehr ländliche Regionen (Kreistyp 3 & 4/ Regionstyp 3) sehr wohl und zum Teil auch überproportional vom Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

- › Das gelernte Bild von den dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehend als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Im Trend hinterlassen Privatversicherte umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen des Kreistyps 4 je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt mit durchschnittlich 83.265 € mehr als doppelt so hohe Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1 (38.673 €) zu verzeichnen (vgl. dazu auch 16 im Anhang).
- › Die Ergebnisse lassen sich in Landkarten veranschaulichen. In Abbildung 9 sind die altersadjustierten Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt als Realwert nach Landkreisen und kreisfreien Städten visualisiert. Dabei lässt sich farblich nachvollziehen, dass durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen – im Vergleich zur Abbildung 8 mit den entsprechenden Nominalwerten von nicht altersadjustierten Mehrumsätzen – das Gewicht der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze zur medizinischen Versorgung von städtischen Regionen zum Beispiel rund um Frankfurt in Richtung ländliche und strukturschwache Regionen unter anderem im Osten und Nordhessens „wandert“.
- › Noch deutlicher und ausgeprägter wird das „farbliche“ Bild zwischen städtischen und ländlichen Regionen im Konzept der Raumordnungsregionen, das die beschriebenen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermeidet. Während mit Blick auf die Nominalwerte in Abbildung 10 „farblich“ Mehrumsatz-Schwerpunkte in der Rhein-Main-Region zu beobachten sind, liegen in Abbildung 11 die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze in ländlichen Regionen unter anderem im Osten und Nordosten Hessens „farblich“ systematisch oberhalb der Mehrumsätze im Ballungsgebiet Rhein-Main.
- › Das Ergebnis lässt sich in Hessen 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.

Rangordnungen und Rankings

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für Hessen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) zeigt, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen in stets oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Kreisfreie Städte wie unter anderem Frankfurt, Wiesbaden, Kassel, Offenbach und Darmstadt sind alle am Schluss des Rankings platziert. Während z.B. bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 88.110 € anfallen (Rang 6 von 26), sind es in den Arztpraxen in der kreisfreien Stadt Darmstadt (Rang 26 von 26) „nur“ 31.672 € jährlich.
- › Die Platzierung der kreisfreien Städte ist nicht nur, aber auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte (Kreistyp 1) für das Umland zurückzuführen. Der zusätzliche Blick auf das Ranking abseits der kreisfreien Städte ist dementsprechend sinnvoll. Hier zeigt sich ein relativ heterogenes Bild. Städtische Landkreise (Kreistyp 2) und ländliche und dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den verstädterten Landkreisen Rheingau-Taunus-Kreis (Kreistyp 2) und Darmstadt-Dieburg (Kreistyp 2). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (124 bis 145 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 104.798 € und 108.143 € (Realwert) jährlich an. Schlusslicht ist mit Mehrumsätzen von 53.007 € (Realwert) der Landkreis Gießen. Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (221 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen).
- › Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich, dass die Realwerte der Mehrumsätze in der ländlichen Raumordnungsregion

Osthessen (Rang 1 von 5) deutlich über den Mehrumsätzen im Ballungsgebiet Rhein-Main (Rang 5 von 5) liegen. Rechnerisch entstehen in der Raumordnungsregion Rhein-Main je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 59.488 €. In der Region Osthessen sind es 77.317 € (Realwert).

- › Bei insgesamt 96 Raumordnungsregionen in ganz Deutschland liegt es auf der Hand, dass das Konzept der Raumordnungsregionen insbesondere in ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ankerregionen, die konzeptionell von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, stellen einen „dritten“ Weg dar, um sowohl „Stadt-Umland-Verzerrungen“ als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen zu vermeiden.
- › Ausgangspunkt des Konzepts der Ankerregionen sind die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise. Diese werden zu einer Ankerregion zusammengefasst, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig an (häufig namensgleiche oder -ähnliche) Landkreise angrenzen. Gibt es dagegen angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage eines Landkreises keine (größeren) Ankerstädte, bildet der Landkreis seine „eigene“ Ankerregion in seinen eigenen Grenzen.
- › Angeführt wird das Ranking von den ländlichen Ankerregionen Vogelberg (Kreistyp 4) und Schwalm-Eder (Kreistyp 3). Zu den Schlusslichtern gehören neben der Ankerregion Gießen und der Ankerregion Marburg-Biedenkopf vor allem auch die dicht besiedelte Ankerregion Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2). So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Schwalm-Eder (Kreistyp 3/Rang 2 von 19) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 89.486 €. In den Ankerregionen Darmstadt (Kreistyp 1+2/Rang 16 von 19) und Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2/Rang 19 von 19) sind es „nur“ 58.479 € beziehungsweise 50.894 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen relativ wirtschaftlich starken Ankerstädten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.
- › Das Ranking nach Ankerregionen (Tabelle 15) zeigt, dass sowohl sehr ländliche Ankerregionen (Kreistyp 3 & 4) als auch verstädterte Ankerregionen (Kreistyp 2) über das ganze Tableau platziert sind. Ankerregionen rund um Großstädte (Kreistyp 1) finden sich dagegen ausschließlich im unteren Drittel des Tableaus. Angeführt wird das Ranking von den ländlichen Ankerregionen Vogelberg (Kreistyp 4) und Schwalm-Eder (Kreistyp 3). Zu den Schlusslichtern gehören neben den Ankerregionen Gießen und Marburg-Biedenkopf vor allem die dicht besiedelte Ankerregion Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2). So entfallen z.B. in der Ankerregion Schwalm-Eder (Kreistyp 3/Rang 2 von 19) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 89.486 €. In den Ankerregionen Darmstadt (Kreistyp 1+2/Rang 16 von 19) und Rhein-Main-Taunus (Kreistyp 1+2/Rang 19 von 19) sind es „nur“ 58.479 € beziehungsweise 50.894 € p.a. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen großen, wirtschaftlich starken Ankerstädten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Der PKV-Regionalatlas Hessen zeigt, dass es in allen Teilen Hessen einen relevanten Anteil von Privatpatienten gibt. Damit stellen die Umsätze und die davon abhängenden Mehrumsätze der Privatpatienten sowohl nominal als auch vor allem altersadjustiert und real in wirtschaftlich stärkeren ebenso wie in strukturschwächeren Regionen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur dar. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet „Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁵⁷ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien,⁵⁸ sind 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.

In Hessen werden in diesem Zusammenhang häufig der Vogelsbergkreis und die Landkreise entlang der ehemaligen Grenze zur DDR genannt. Mit Blick auf die sozioökonomischen Merkmale dieser Landkreise handelt

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

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

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 und Metropolregionen ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁵⁹

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit. Der Landkreis Hersfeld-Rotenburg grenzt an Thüringen. Im Landkreis Hersfeld-Rotenburg liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung bei guten 8,1 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis Hersfeld-Rotenburg Mehrerlöse von jährlich 11,9 Mio. € oder 99 € je Einwohner/-in, 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 Hersfeld-Rotenburg jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 60.902 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Hessen berücksichtigt werden – real 88.110 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenen Arzt weit über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel in den wirtschaftsstarken Großräumen Rhein-Main-Taunus (50.894 €) oder Darmstadt (58.479 €) liegt.

Im Ergebnis läuft damit der Vorwurf, dass vor allem wirtschaftsstarke Zentren von dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren, sachlich vollständig ins Leere. Selbst in strukturschwachen oder ländlichen Kreisen, Städten, Raumordnungs- und Ankerregionen gibt es einen robusten Anteil von Privatversicherten, der niemals unter 6,9 % (kreisfreie Stadt Offenbach: niedrigster Wert), 6,9 % (Ankerregion Offenbach: niedrigster Wert) beziehungsweise 8,6 % (Raumordnungsregion Nordhessen: niedrigster Wert) sinkt. In diesen Regionen löst eine absolut gewichtige, nichtsdestotrotz relativ kleine Zahl von Privatversicherten erhebliche nominale (altersadjustierte) Mehrumsätze aus, die darüber hinaus auf dem Land noch real relativ viel wert sind. Infolgedessen lassen sich zum Beispiel in den Praxen im ländlichen Landkreis Werra-Meißner-Kreis oder Waldeck-Frankenberg relativ mehr Investitionen z.B. in Praxispersonal (Löhne) 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 „ausgedünnter“.⁶⁰ Das Vorurteil, dass im ländlichen Raum einzelne Privatversicherte als „Trittbrettfahrer“ die von der GKV flächendeckend finanzierte medizinische Infrastruktur nutzen, ist mit Blick auf die Höhe des Realwertes der altersadjustierten Mehrumsätze auf dem Lande als substanzlos zu betrachten.

Darüber hinaus deckt der PKV-Regionalatlas Hessen 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 Ärztinnen und Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Wengleich bereits IGES (2020) feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten der Ärzte belegt ist“,⁶¹ ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für Hessen zeigen in diesem Zusammenhang ein differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Realwerte von jährlichen Mehrumsätzen in ländlichen Regionen mit durchschnittlich 72.024 € (Kreistyp 3) beziehungsweise 83.265 € (Kreistyp 4) zum Teil weit über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1: 38.673 € & Kreistyp 2: 78.087 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 153 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 185 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen). Konkreter: Obwohl im Landkreis Schwalm-Eder (Kreistyp 3) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 89.486 € und in der dicht besiedelten, wirtschaftsstarken Ankerregion Darmstadt dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 58.479 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis Schwalm-Eder mit 127 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der in der Ankerregion Darmstadt (183).

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

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

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

Oder: Obwohl im Landkreis Hersfeld-Rotenburg von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 88.110 € und im Großraum Frankfurt, das heißt Rhein-Main-Taunus-Region, dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 50.894 € jährlich ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der ländlichen Region Hersfeld-Rotenburg mit 157 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der im wirtschaftsstarken Großraum Rhein-Main-Taunus mit 223 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen. Mit anderen Worten heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärztinnen und Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Mehrumsatz (Realwert) durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärztinnen und Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderem zeigen Arbeiten von Vogt (2016)⁶² und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁶³ und Arentz (2017)⁶⁴, dass bei der Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und 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.⁶⁵

Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Bei der Standortentscheidung für die Ärztinnen und 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 die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in den „boomenden“ großstädtischen Regionen. Damit leisten die Privatversicherten – so das Fazit – einen maßgeblichen, überproportionalen Beitrag, dem Ziel regional gleichwertiger(er) Lebensverhältnisse zumindest näher zu kommen. Im Umkehrschluss heißt das: Ohne Privatversicherte würde die Gesundheitsversorgung (nicht nur auf dem Land) in Quantität und Qualität an Tragfähigkeit verlieren. Das kann – zusammen mit anderen standortpolitischen Parametern – die Lebensbedingungen vor Ort verschlechtern und zu wirtschaftlichen Standortnachteilen führen. Denn wo es keine betriebswirtschaftlich tragfähig zu betreibende 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.

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

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

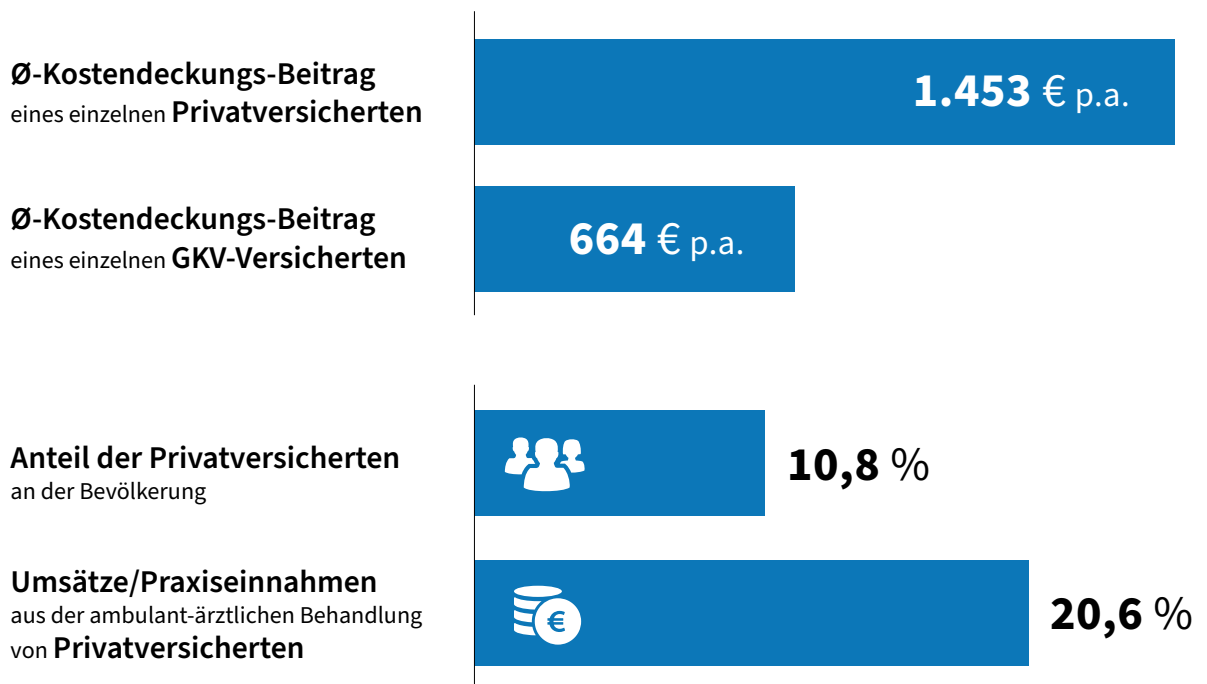
64 Vgl. Arentz, C (2017), Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

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

Anhang

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

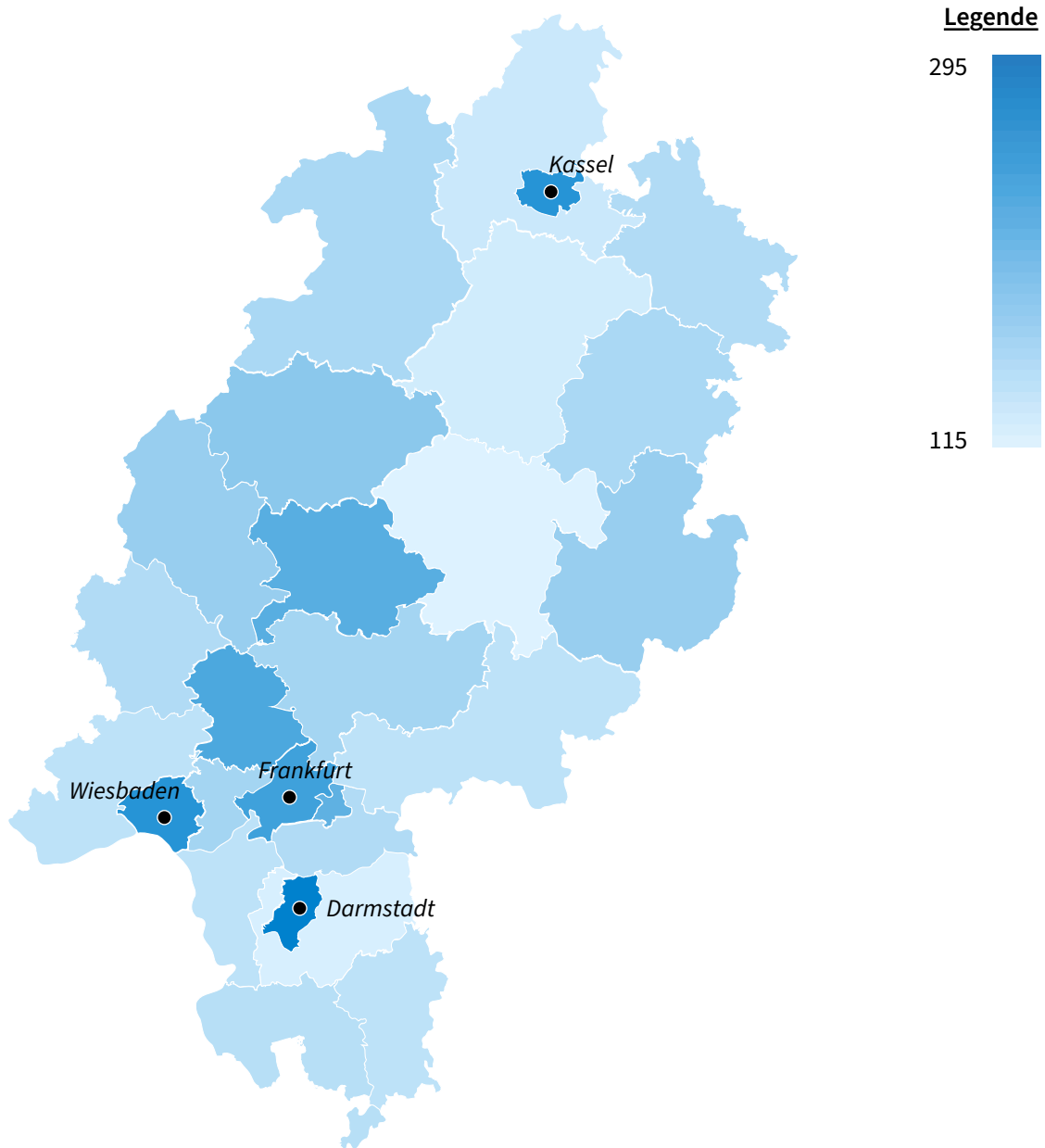
Kostendeckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Hessen



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte

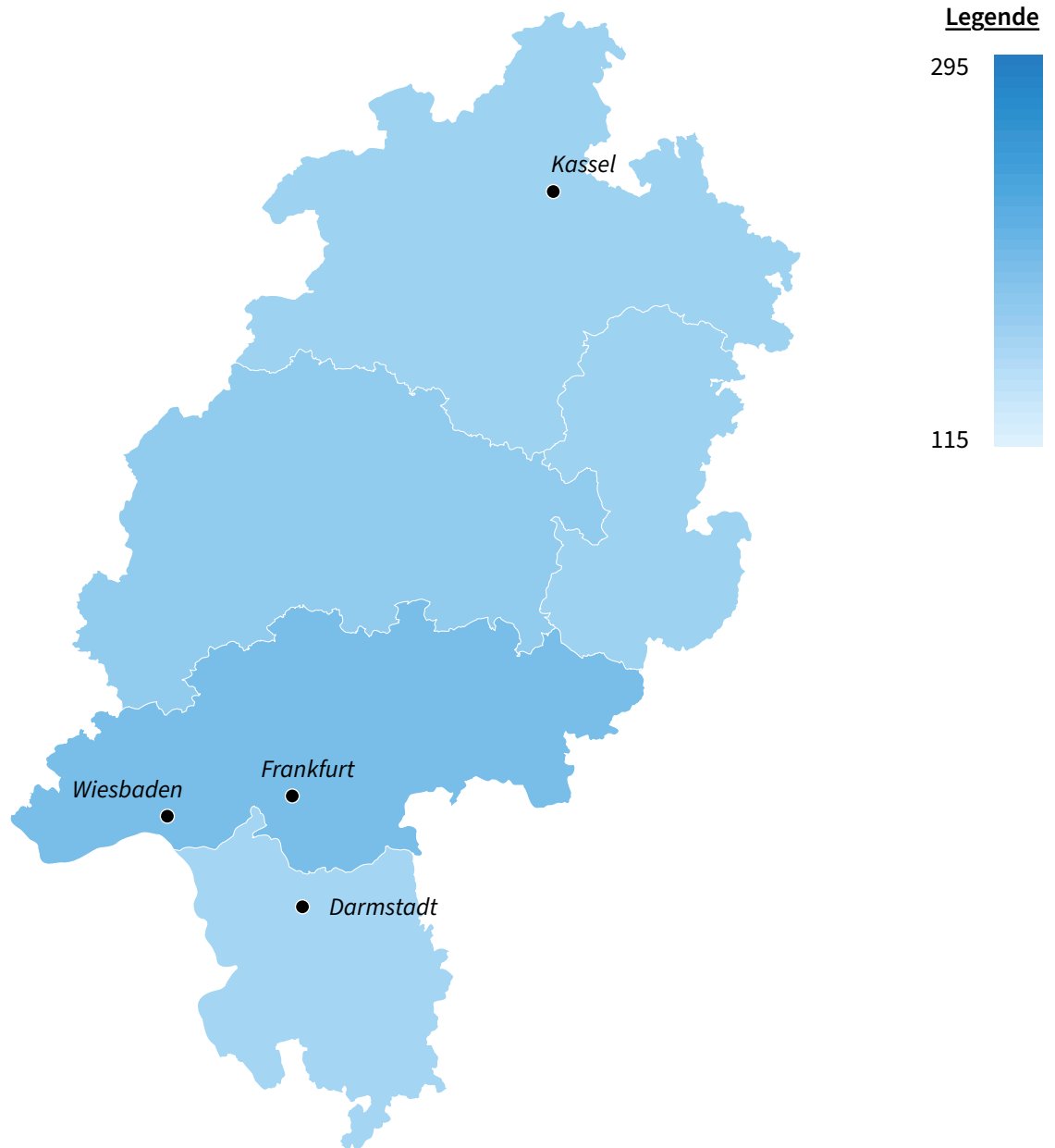
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte

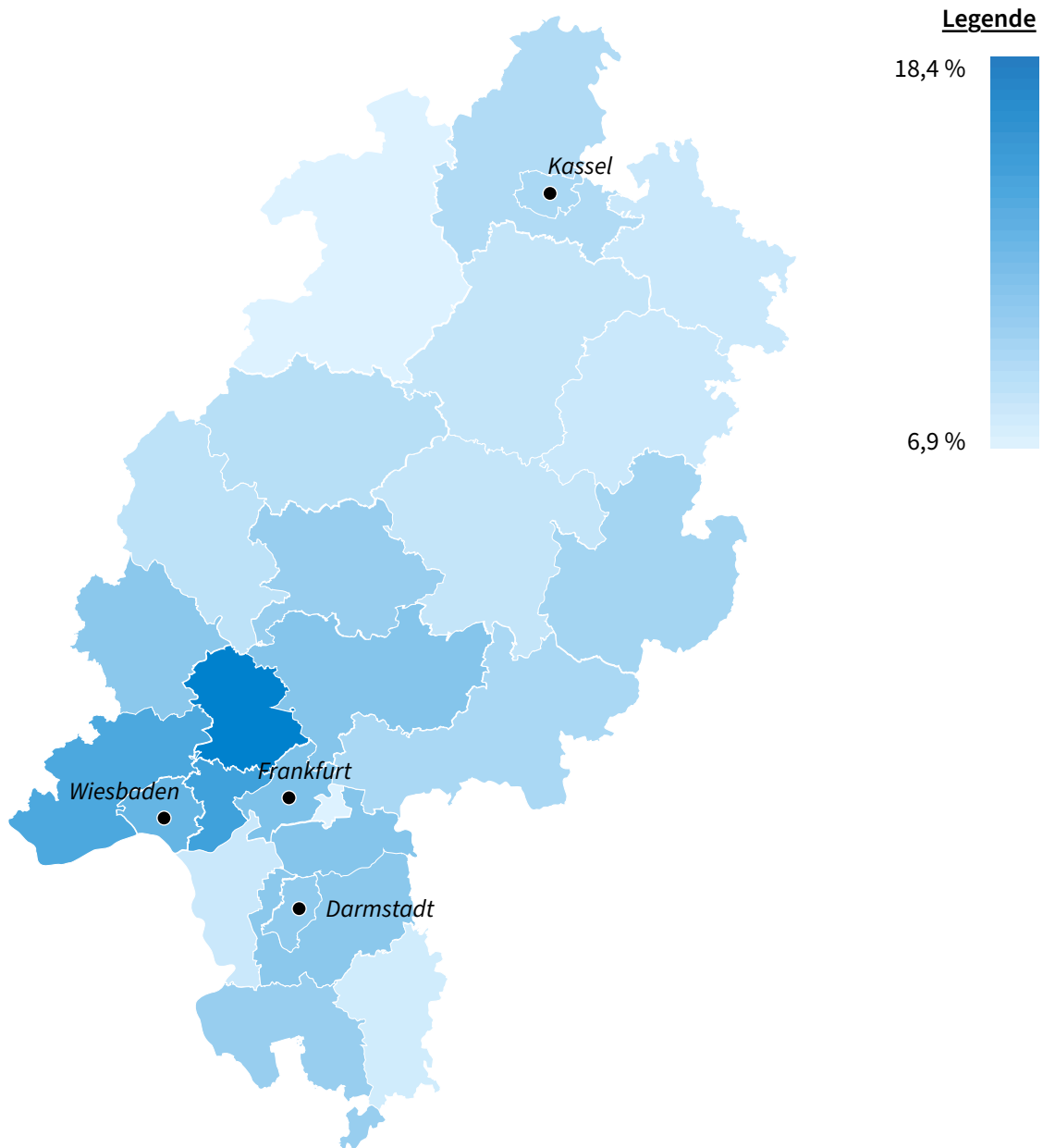
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Hessen nach Raumordnungsregionen



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 4: PKV-Marktanteil

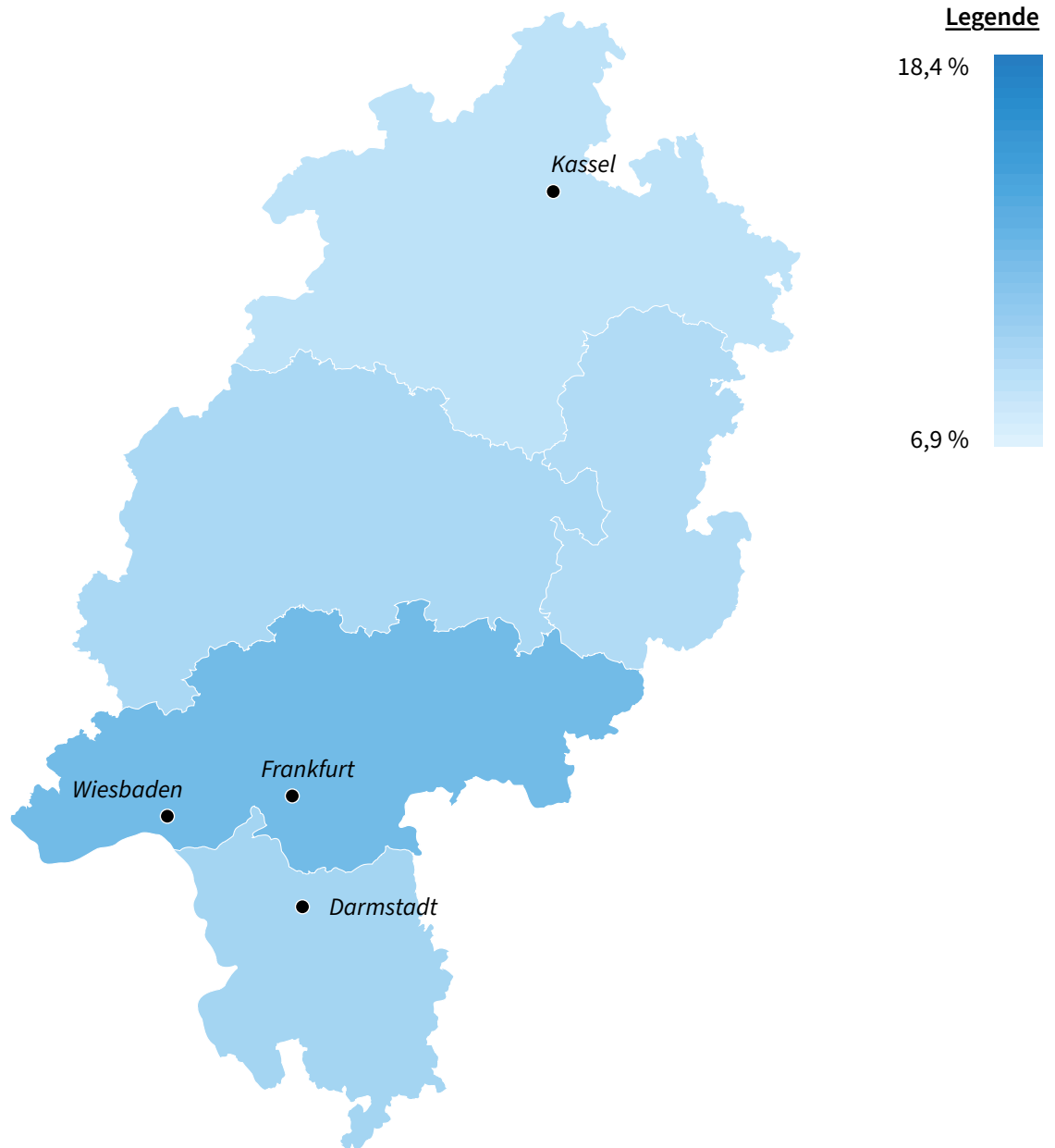
Anteil der PKV-Versicherten in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 5: PKV-Marktanteil

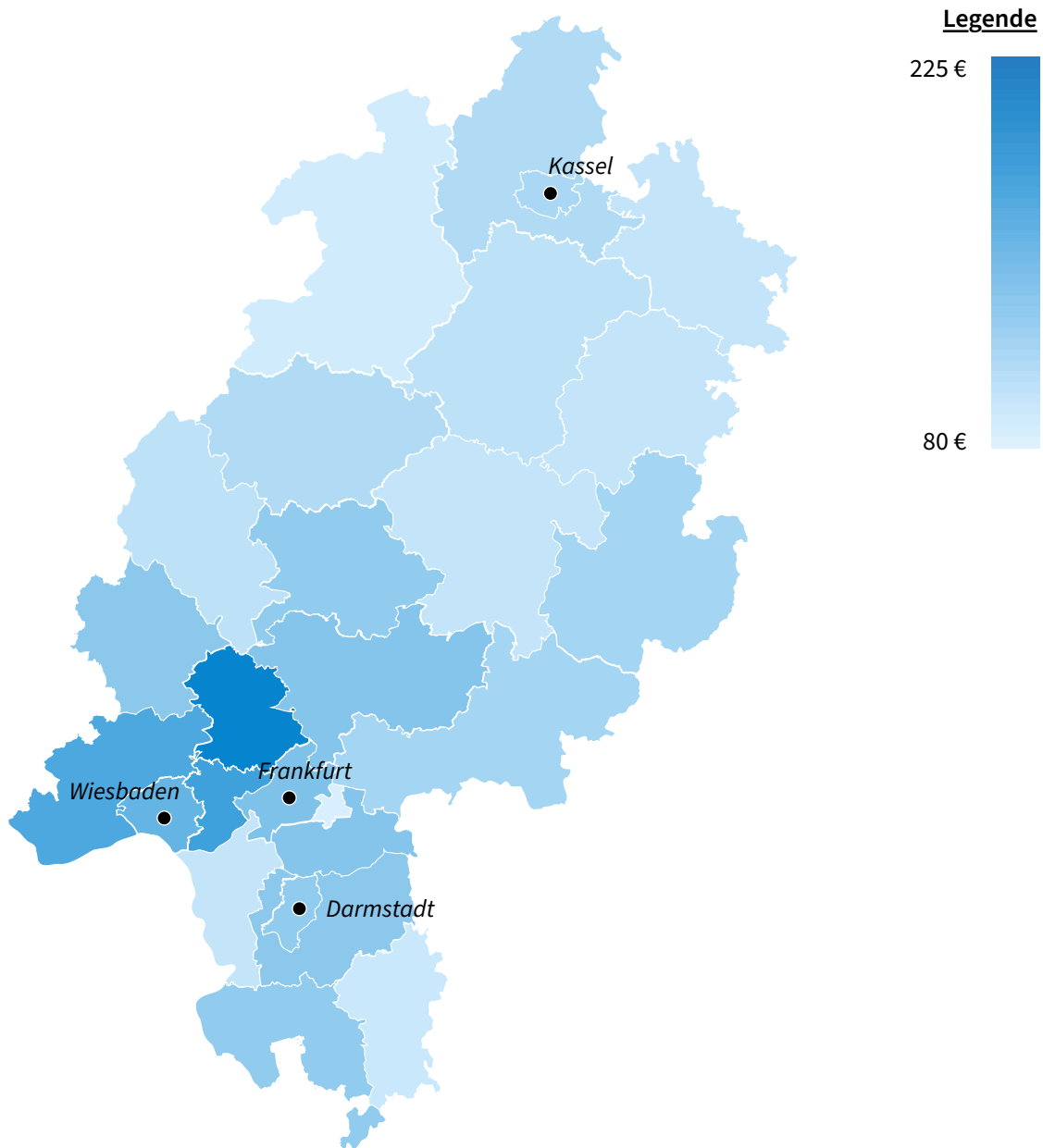
Anteil der PKV-Versicherten in Hessen nach Raumordnungsregionen in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

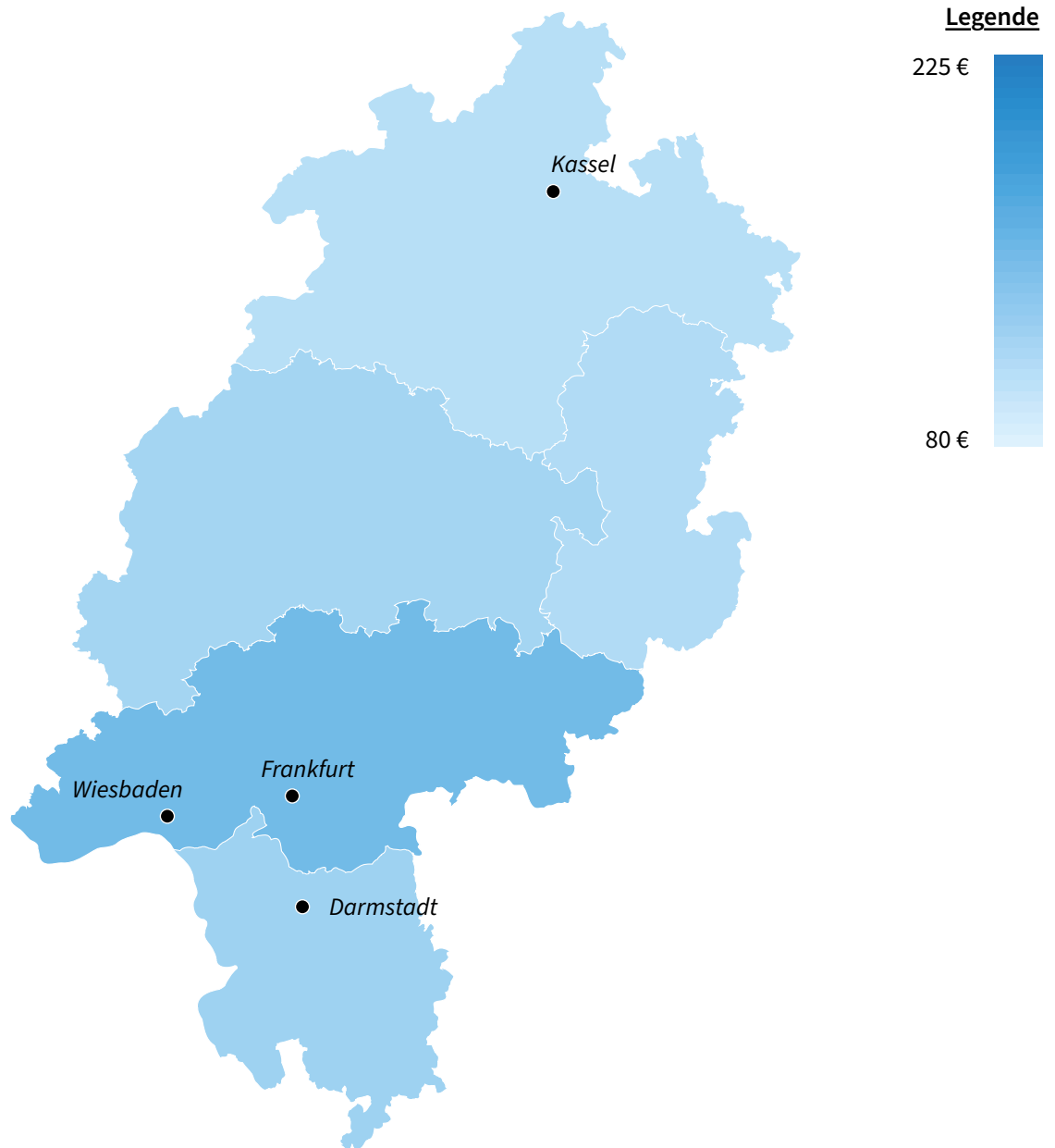
Regional verbleibende Mehrumsätze in Hessen
 nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

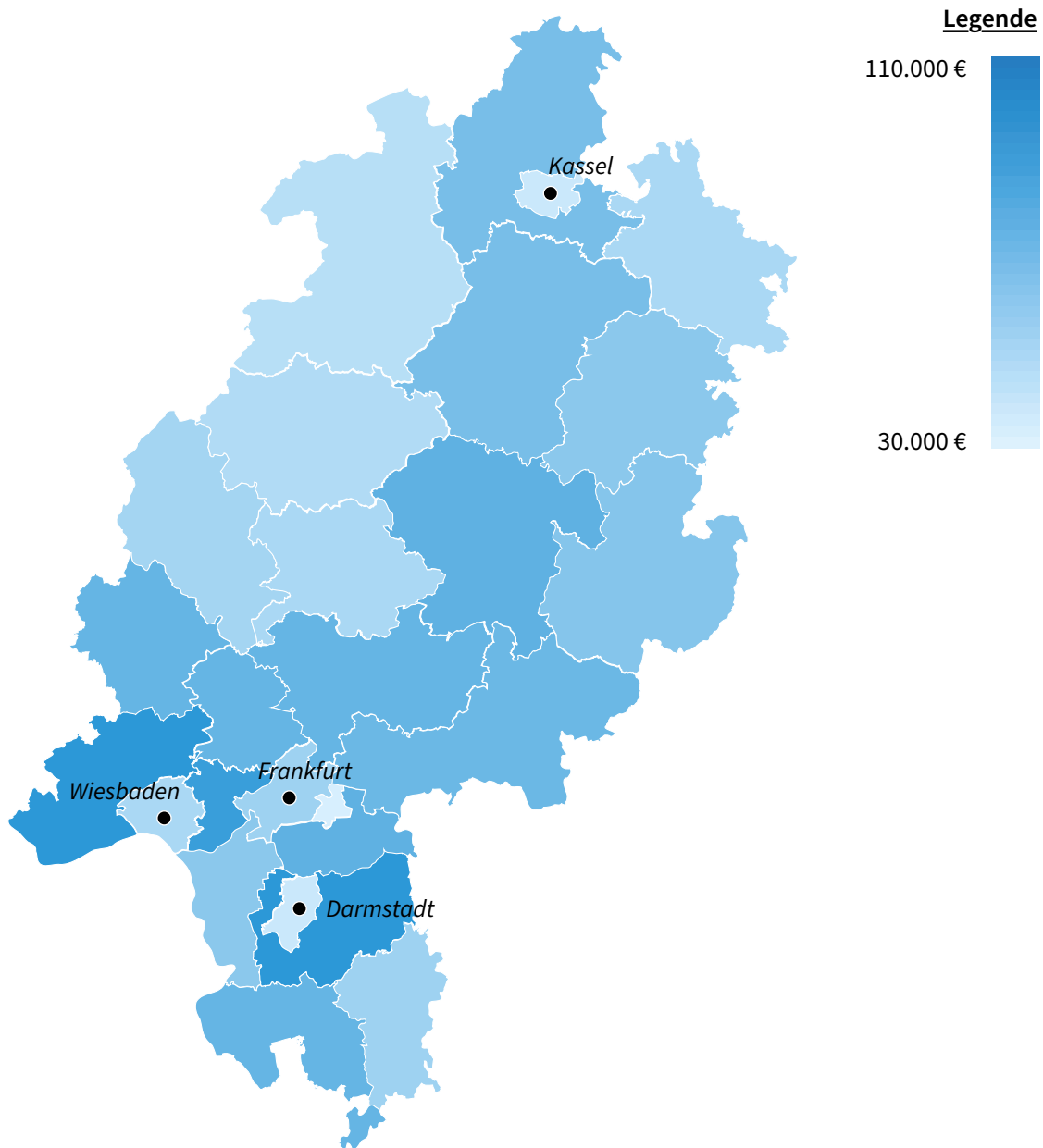
Regional verbleibende Mehrumsätze in Hessen
 nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

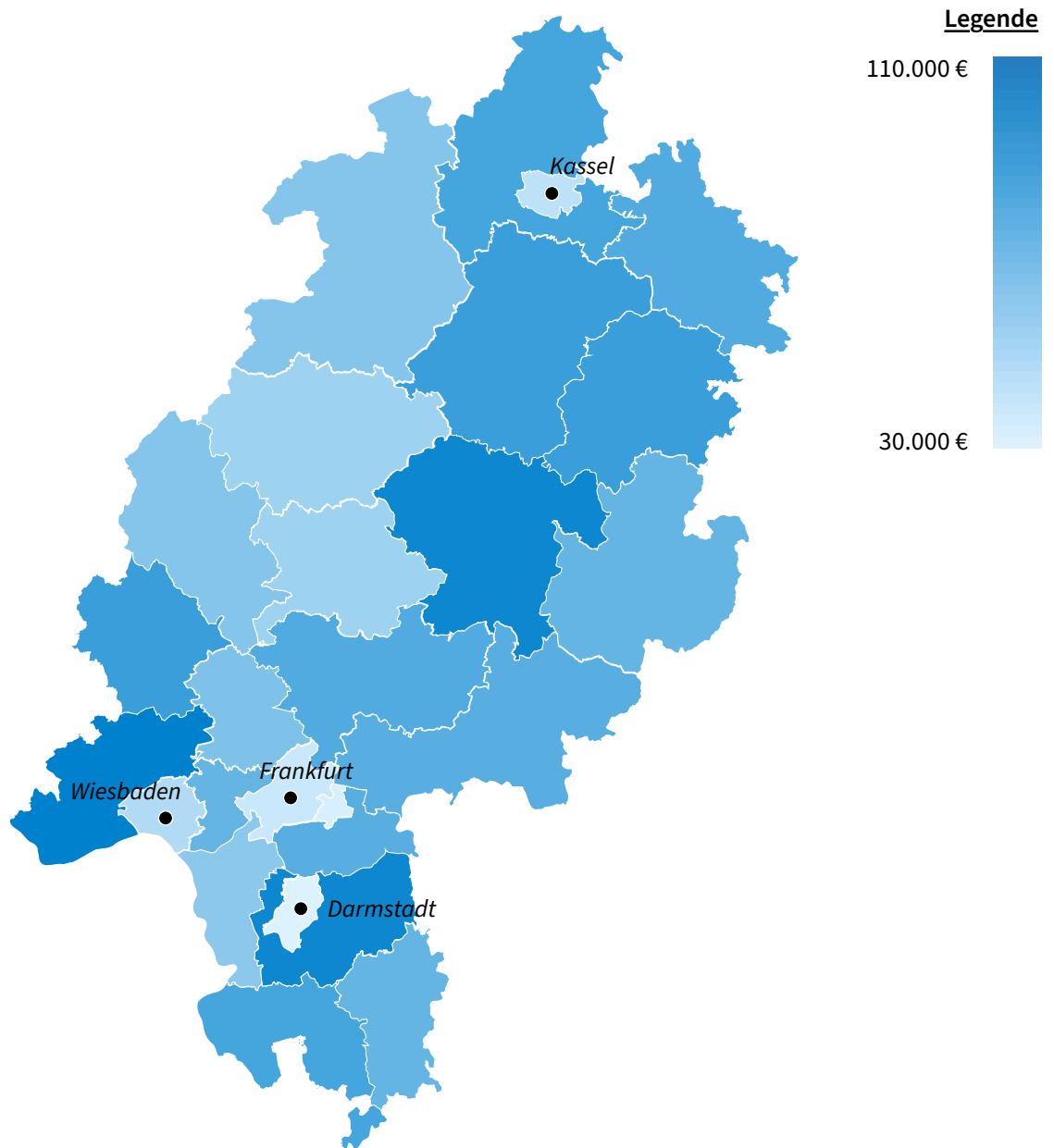
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

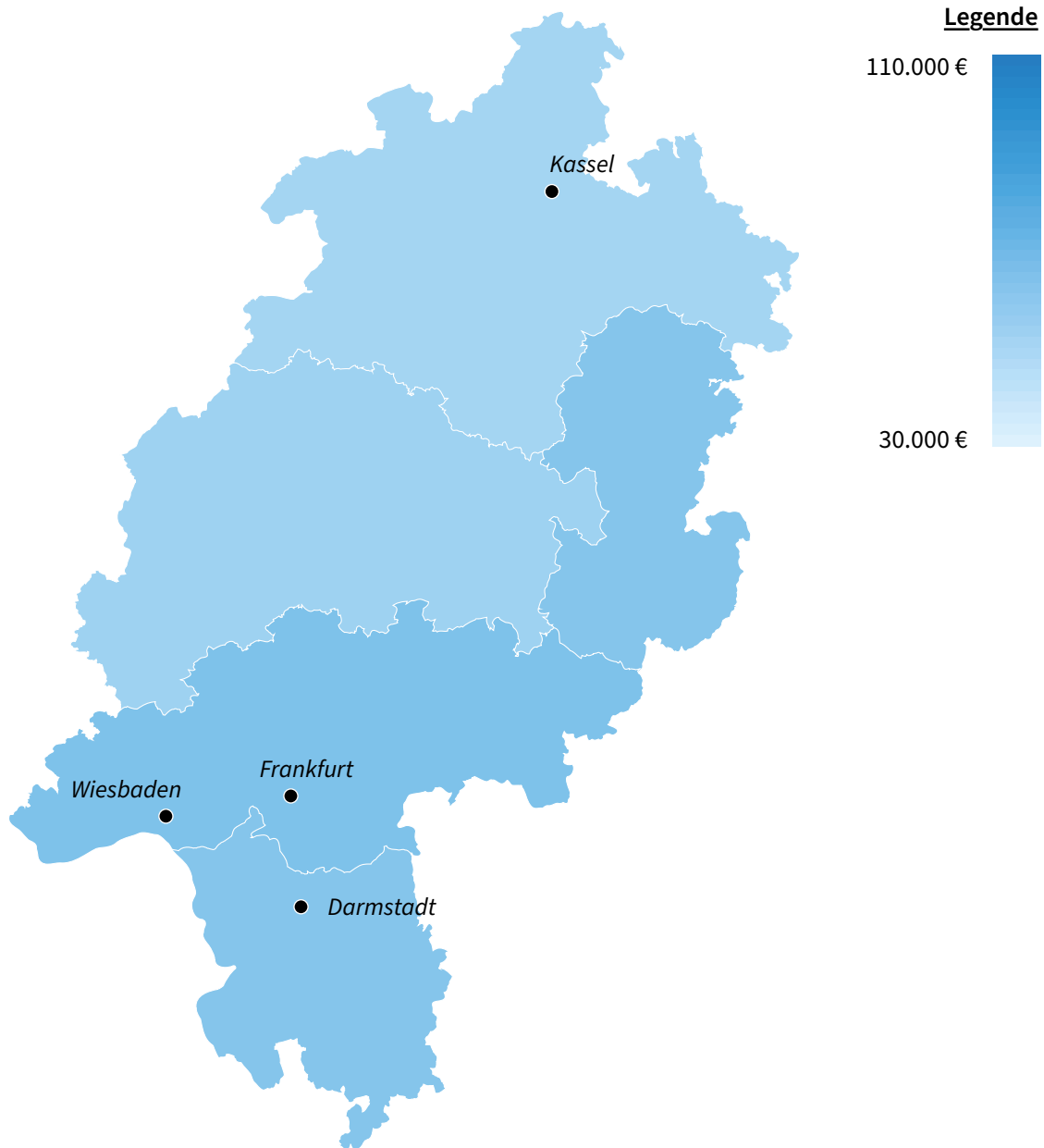
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hessen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

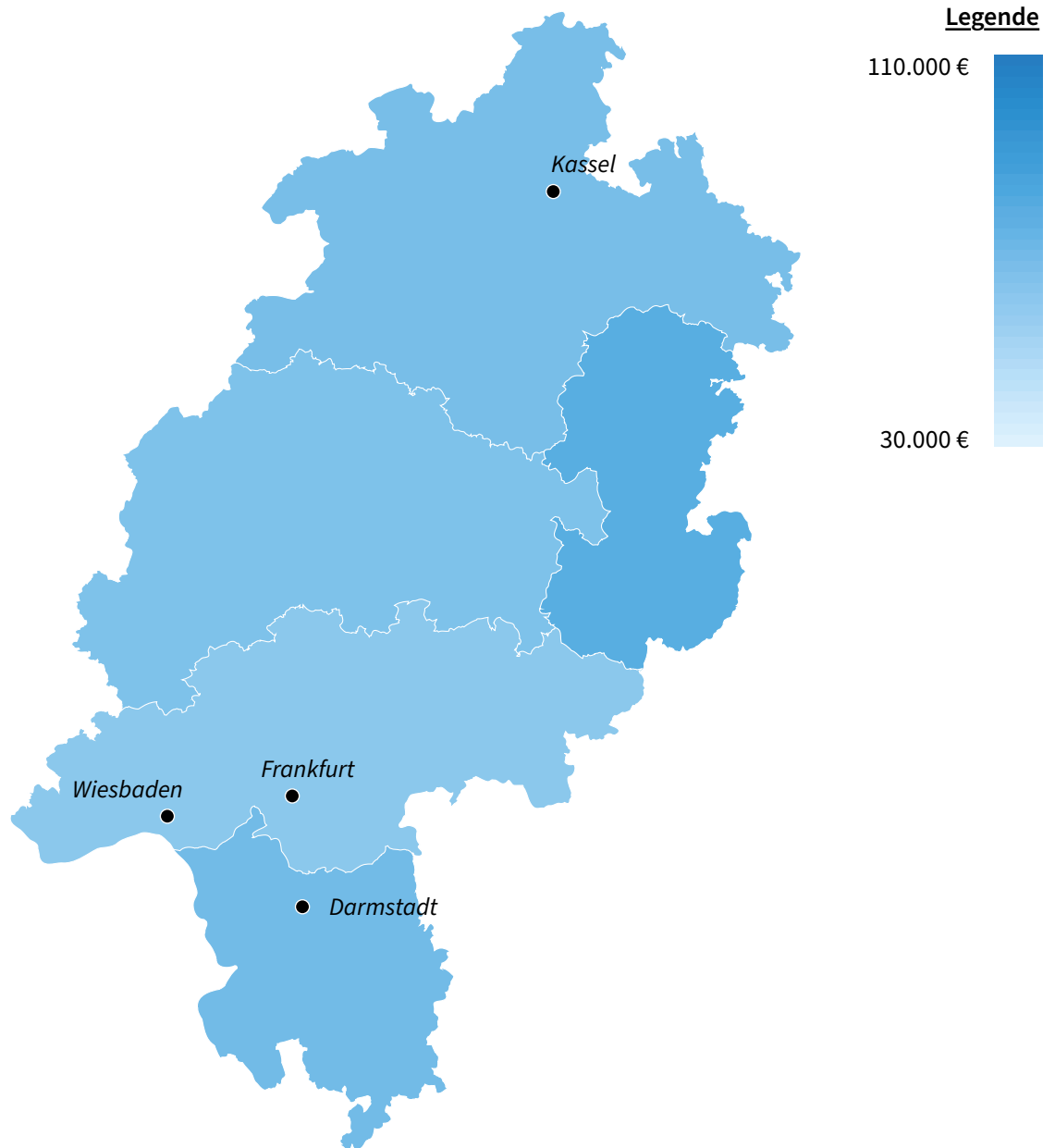
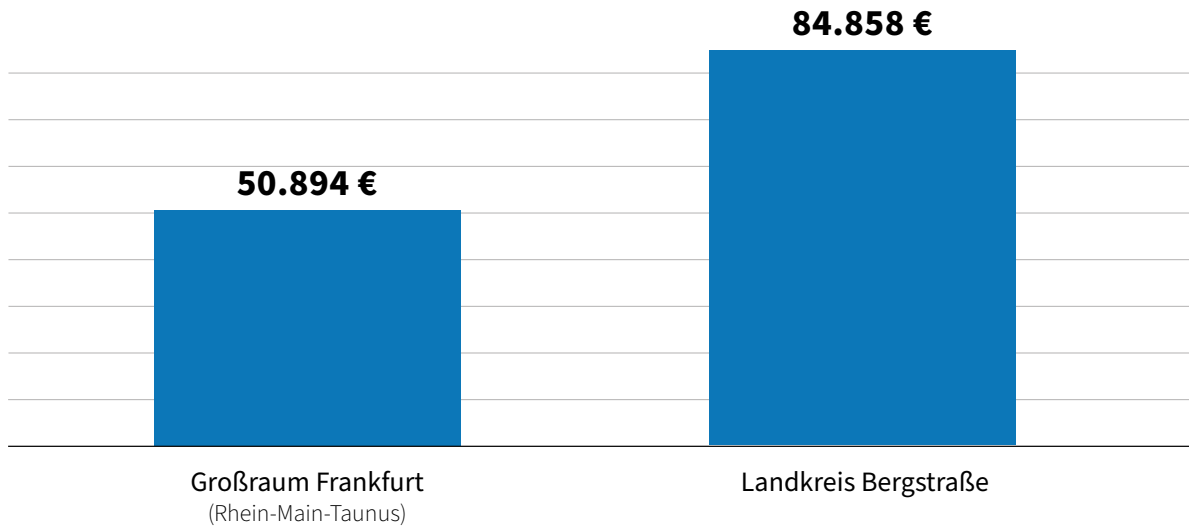


Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

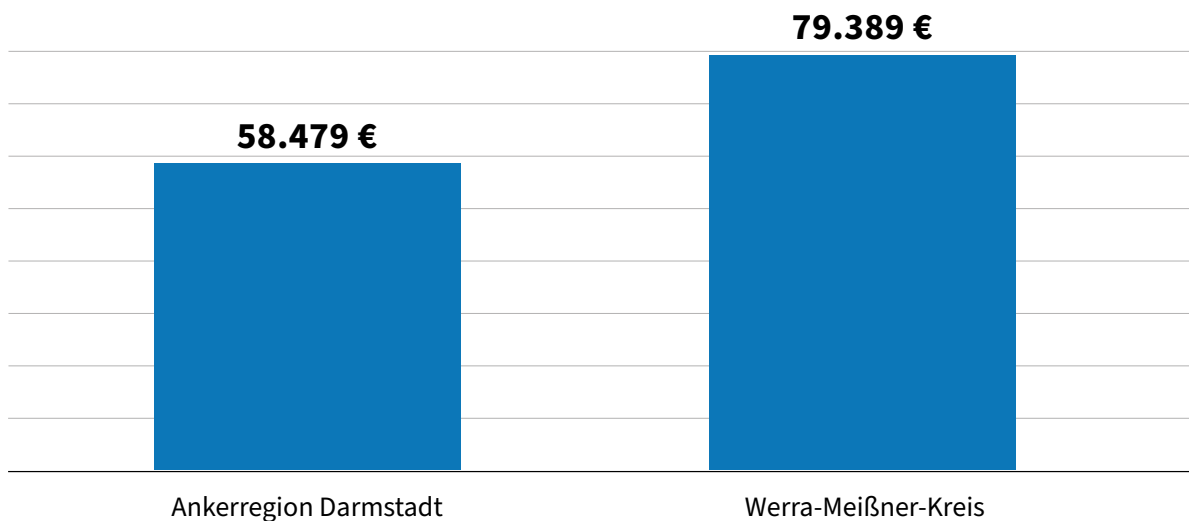
Großraum Frankfurt und Landkreis Bergstraße im Vergleich



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

Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

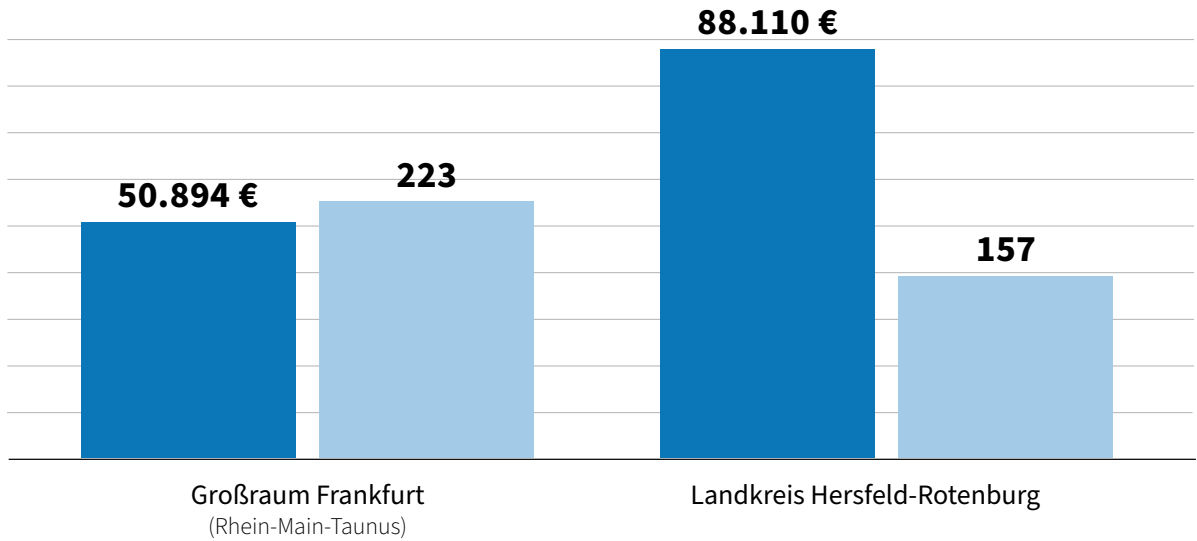
Ankerregion Darmstadt und Werra-Meißner-Kreis im Vergleich



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

Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

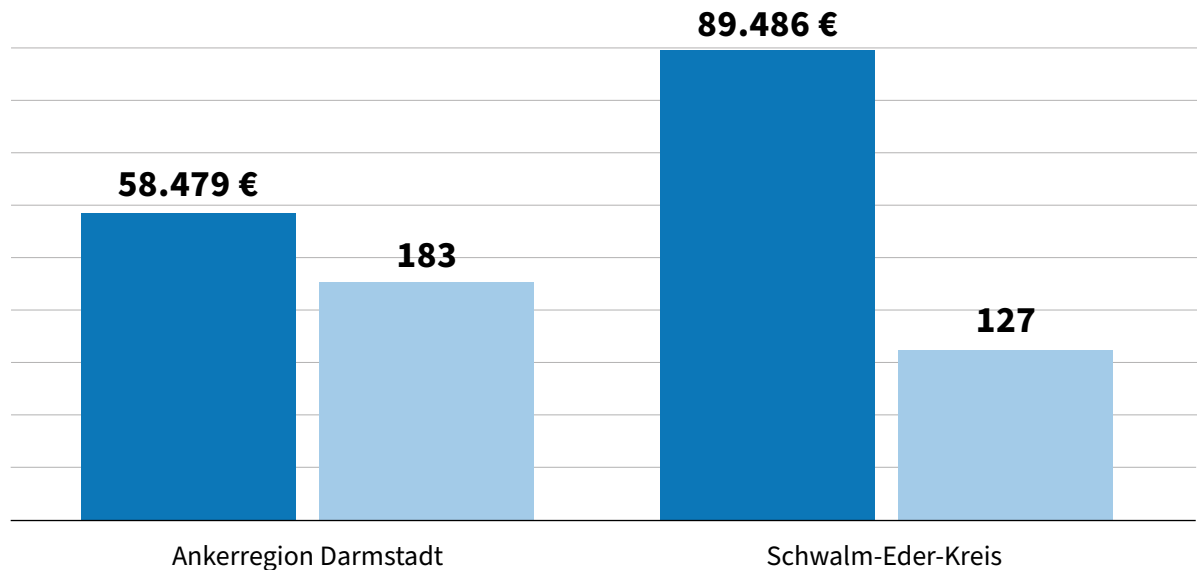
Großraum Frankfurt und Landkreis Hersfeld-Rotenburg im Vergleich



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

Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

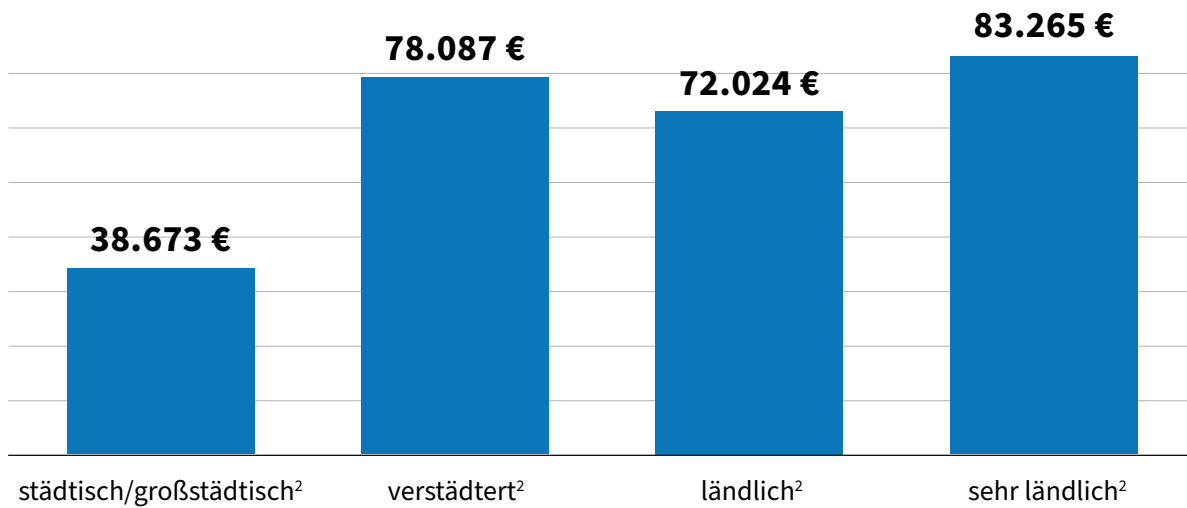
Ankerregion Darmstadt und Schwalm-Eder-Kreis im Vergleich



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

Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

Stadt und Land im Vergleich



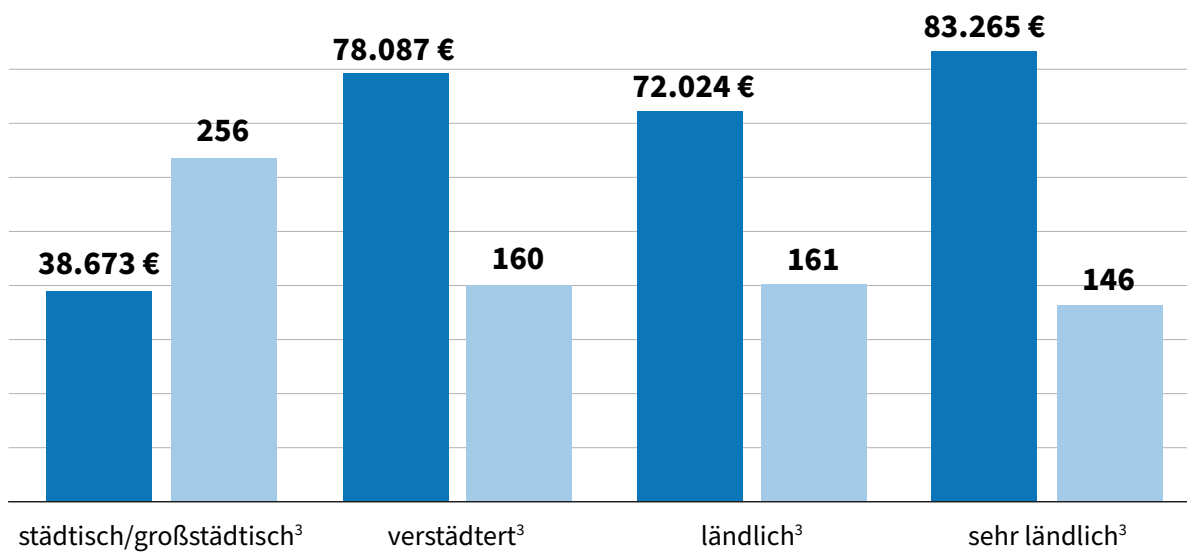
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

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

Stand September 2023

Abbildung 17: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

Stadt und Land im Vergleich



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

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

Stand September 2023



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