



PKV-Regionalatlas Schleswig-Holstein & Hamburg

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Paul Schmelzer
Frank Schulze Ehring





Verband der Privaten
Krankenversicherung



PKV-Regionalatlas Schleswig-Holstein & Hamburg

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Paul Schmelzer
Frank Schulze Ehring

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

Mai 2022

ISBN: 978-3-9820833-5-3

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Kartenverzeichnis	5
1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“	6
1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung	7
1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik	8
2 Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	10
2.1 Schleswig-Holstein und Hamburg	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Schleswig-Holstein und Hamburg	12
2.2.1 Strukturdaten	12
2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	13
2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	15
2.3 Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg	17
2.3.1 Strukturdaten	18
2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	19
2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	20
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	22
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	22
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	23
3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	26
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	28
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	29
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	31
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	31
5 Rangordnungen und Rankings	33
5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	34
5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen	35
5.3 Ranking nach Ankerregionen	35
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	37
 Anhang	 47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schleswig-Holstein und Hamburg	
Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	12
Tabelle 2: Strukturdaten	
Kreisfreie Städte und Landkreise in Schleswig-Holstein und Hamburg	13
Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	14
Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil).....	15
Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	16
Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	17
Tabelle 5: Strukturdaten	
Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg	18
Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	19
Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	20
Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	21
Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil).....	21
Tabelle 8: Gesamtkosten-Index	
Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes).....	26
Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr.....	27
Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen	
Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Schleswig-Holstein und Hamburg)	30
Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen	
Altersadjustierte Realwert-Analyse (Schleswig-Holstein und Hamburg)	31
Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse	
Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?	33

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten
 Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....34

Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen
 Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....35

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen
 Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....36

Kartenverzeichnis

Abbildung 1: Beitrag der Privatversicherten zum Umsatz in der ambulant-ärztlichen Versorgung 47

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte nach Landkreisen und kreisfreien Städten48

Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte nach Raumordnungsregionen49

Abbildung 4: PKV-Marktanteil nach Landkreisen und kreisfreien Städten50

Abbildung 5: PKV-Marktanteil nach Raumordnungsregionen.....51

Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten52

Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Raumordnungsregionen53

Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....54

Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....55

Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen56

Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen57

Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Ankerregion Kiel und Landkreis Steinburg im Vergleich58

Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Metropolregion Hamburg und Landkreis Dithmarschen im Vergleich.....58

Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Metropolregion Hamburg und Landkreis Dithmarschen im Vergleich.....59

Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Ankerregion Lübeck und Landkreis Nordfriesland im Vergleich59

Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Stadt und Land im Vergleich60

Abbildung 17: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Stadt und Land im Vergleich60

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

1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“

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

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

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

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

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

3 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Grüne und FDP (2021), Mehr Fortschritt wagen, S. 127 ff.

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

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

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung

Mit dem Ziel der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ rückt die Sicherung der Gesundheitsversorgung in das Blickfeld der Wirtschafts-, Gesundheits- und Regionalpolitik. Dabei sind die Voraussetzungen für Deutschland insgesamt als gut bis nahezu sehr gut zu betrachten. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland gehört zu den besten weltweit. Das deutsche Gesundheitssystem bietet den Versicherten die im europäischen Vergleich kürzesten Wartezeiten, einen schnellen Zugang zu innovativen Arzneimitteln, eine freie Arztwahl sowie einen umfangreichen Leistungskatalog.⁶ Zudem profitieren die Patienten von einer modernen medizinischen Infrastruktur und einer vergleichsweise hohen Ärztedichte.

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

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

Zur Quantifizierung der Vergütungsunterschiede zwischen GKV und PKV können die Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Beim Mehrumsatz handelt es sich um die zusätzlichen Finanzmittel, die nicht nur bei den Ärzten, Physiotherapeuten oder im Krankenhaus, sondern bei allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Den Hintergrund für den Mehrumsatz bildet ein komplexes Gebilde an PKV-GKV-Unterschieden in der monetären Bewertung von Leistungen, im Leistungsumfang und in den Mechanismen zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) weist die Leistungsausgaben – den Umsatz – sowie den Mehrumsatz der Privatversicherten seit dem Jahr 2006 aus. Aktuell liegen die Umsätze der Privatversicherten bei den Leistungserbringern über alle Leistungsbereiche hinweg bei 37,6 Mrd. €. Als Teilmenge davon summieren sich die Mehrumsätze auf über 11,5 Mrd. € jährlich.⁷ Dieser Mehrumsatz-Betrag ginge dem deutschen Gesundheitssystem verloren, wenn die Private Krankenversicherung (PKV) in Vergütungshöhe und Honorararithmetik an das System der GKV angeglichen würde.

Mit Hilfe der Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten können Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in gut ausgebildetes Personal investieren. In der gesundheitsökonomischen Literatur ist dieser Tatbestand überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel ... die Mehr-

⁶ Vgl. dazu u. a. Bahnsen, L. (2022), Kostenbeteiligungen, Wartezeiten und Leistungsumfang: Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme; Finkenstädt, V. (2017), Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – ein europäischer Überblick.

⁷ Vgl. Hagemeister, S., Wild, F. (2018), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV; Hagemeister, S., Wild, F. (2021/2022), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2021/2022.

umsätze 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 & Linke erheben regelmäßig den Vorwurf, dass es die meisten Ärzte dorthin ziehe, wo es viele Privatversicherte gibt. Und das sei vornehmlich in den Metropolen der Fall.¹⁴ Als vermeintlicher Beweis für diesen Zusammenhang werden oftmals Deutschlandkarten zur regionalen Ärztedichte und zum Regionalanteil der Privatversicherten zueinander in Beziehung gesetzt.¹⁵ Dabei werden Korrelationen zwischen diesen beiden Merkmalen skizziert. Signifikante kausale Zusammenhänge zwischen Ärzte- und Privatpatientendichte lassen sich dagegen wissenschaftlich nicht ableiten, sondern werden vom Betrachter entsprechender Visualisierungen zum Beispiel unter der Überschrift „Geld zieht Ärzte an“ im Kopf gedanklich hergestellt.¹⁶ Dabei ist zu beobachten, dass bei derartigen Vergleichen sowohl in der Politik als auch in der öffentlichen Diskussion nicht immer trennscharf zwischen Korrelation und Kausalität unterschieden wird.

1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16 Vgl. <https://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis>.

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

Landkreise und kreisfreie Städte sind bekannte, nicht zu erläuternde Gebietskörperschaften. Die sogenannten Raumordnungsregionen sind dagegen relativ unbekannt. Die 96 Raumordnungsregionen in Deutschland stellen ein Beobachtungs- und Analyseraster des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) dar. Sie berücksichtigen fast immer die Grenzen der Bundesländer¹⁷ und setzen sich aus mehreren kreisfreien Städten und/oder Landkreisen zusammen. Dabei wird in der Regel eine größere kreisfreie Stadt mit den sie umgebenden Landkreisen zu einer Raumordnungsregion zusammengefasst. Grundlage sind die regionalen wirtschaftlichen und soziodemografischen Strukturverflechtungen. Im Ergebnis berücksichtigt die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen, dass Städte und verstädterte Kreise zum Beispiel bei der ärztlichen Versorgung der Einwohner eine Mitversorgungsfunktion für das (ländliche) Umland erfüllen.

Die Bedeutung der durch Privatversicherte ausgelösten 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 PKV beziehungsweise Privatversicherten nicht gäbe.

Der PKV-Deutschlandatlas setzt sich aus mehreren Regionalatlanten zusammen. Die Regionalatlanten orientieren sich in der Regel an den Grenzen der Flächen-Bundesländer. Um zweckmäßige Größenordnungen zu gewährleisten, werden dabei Stadtstaaten einem anliegenden Flächenland zugeordnet. Als Teilbericht liegt hier der Regionalatlas Schleswig-Holstein mit Hamburg vor.

In Schleswig-Holstein und Hamburg leben rund 4,8 Mio. Menschen. Das Gebiet erstreckt sich auf rund 16.500 km². In der Region gibt es sowohl urbane Stadtgebiete als auch zahlreiche ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Schleswig-Holstein und Hamburg ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Schleswig-Holstein und Hamburg 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 Schleswig-Holstein inklusive Hamburg 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 Schleswig-Holstein und Hamburg 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 Schleswig-Holstein und Hamburg

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren 2020 insgesamt 8.723.900 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,5 %.²⁰ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall über 542.000 Menschen die medizinische Infrastruktur in Schleswig-Holstein und Hamburg. Damit sind in Schleswig-Holstein und Hamburg 11,4 % der Bevölkerung privatversichert.²¹

Die Privatversicherten in Schleswig-Holstein und Hamburg lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich für ganz Schleswig-Holstein und Hamburg auf 2,33 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 716 Mio. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur in Schleswig-Holstein und Hamburg 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 Schleswig-Holsteins und Hamburgs verbleibenden Umsätze 1,83 Mrd. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner in

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

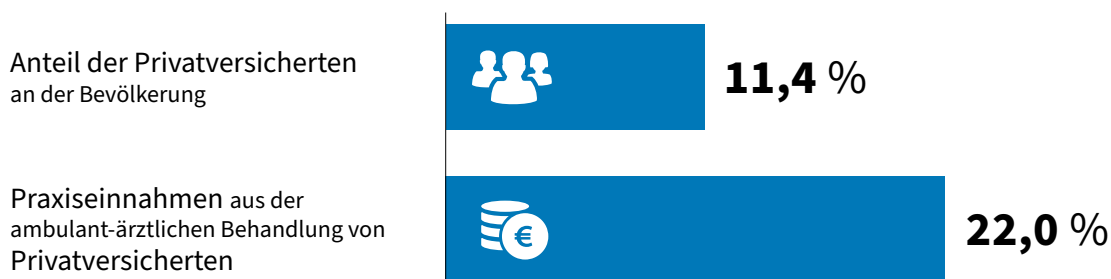
²⁰ In der PKV waren 2020 rund 8.723.900 Menschen krankenvollversichert. Davon leben rund 45.000 Privatversicherte im Ausland. Als „Pendler“ (u. a. Arbeitsplatzpendler) vor allem aus dem benachbarten nahen Ausland in Grenznähe nutzen diese in der Regel die medizinische Infrastruktur in Deutschland. Dementsprechend wird im vorliegenden PKV-Deutschlandatlas vereinfachend davon ausgegangen, dass – bei einer Bevölkerung von 83,2 Mio. (Statistisches Bundesamt) – der Marktanteil der PKV bei rund 10,49 % liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Regionen.

²¹ Bei einer Bevölkerung in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg von 4,76 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2020) entspricht das einem Marktanteil von ca. 11,38 %.

Höhe von rund 384 €. Von den in Schleswig-Holstein und Hamburg rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Umsätzen lassen sich 755 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²² zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Umsätze der Privatversicherten – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der ambulant tätigen Ärzte beziehen.

Für Schleswig-Holstein mit Hamburg hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Umsätze in Höhe von rund 87.900 € (75.800 €) entstehen.^{23 24} Diese Umsatzgrößen lassen sich auch auf die erzielten Gesamtumsätze aus GKV und PKV in den ambulanten Praxen und Versorgungseinheiten beziehen. Im Durchschnitt erzielen in Schleswig-Holstein und Hamburg Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 22,0 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Schleswig-Holstein und Hamburg nur 11,4 % der Bevölkerung privat versichert sind.

Beitrag der Privatversicherten zum Umsatz in der ambulanten-ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg



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 Schleswig-Holstein und Hamburg ein Gesamtbetrag in Höhe von 655 Mio. € jährlich. Das entspricht in Schleswig-Holstein und Hamburg einem Mehrumsatz je Einwohner in Höhe von rund 138 €. Von den in Schleswig-Holstein und Hamburg rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 396 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²⁵ zurückführen. Für Schleswig-Holstein und Hamburg hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 46.100 € (39.700 €) jährlich entstehen.^{26 27} Mehrumsätze, die dem deutschen Gesundheitssystem ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen würden.

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

23 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Schleswig-Holstein mit Hamburg in 2018 8.584 ambulant niedergelassene beziehungsweise 9.962 ambulant tätige Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

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

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

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

27 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.

Tabelle 1: Schleswig-Holstein und Hamburg

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	209
PKV-Marktanteil	11,4%
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	2,33 Mrd. €
Mehrumsätze (jährlich)	716 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende <u>Umsätze</u>¹	
insgesamt (jährlich)	1,83 Mrd. €
je Einwohner	384 €
regional verbleibende <u>Mehrumsätze</u>¹	
insgesamt (jährlich)	655 Mio. €
je Einwohner	138 €
regional verbleibende <u>Umsätze</u> in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	755 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	87.900 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	75.800 € ²
regional verbleibende <u>Mehrumsätze</u> in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	396 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	46.100 € ²
je ambulant tätigem Arzt	39.700 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 gerundet auf volle Hunderter.

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Schleswig-Holstein und Hamburg

Wie in ganz Deutschland gibt es in Schleswig-Holstein mit Hamburg 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

Schleswig-Holstein mit Hamburg unterteilt sich in 11 Landkreise und 5 kreisfreie Städte. Von diesen insgesamt 16 Landkreisen und kreisfreien Städten werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 3 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 2 als städtischer Landkreis (Kreistyp 2), 6 als ländlicher Kreis mit

Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 5 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.²⁸ Der Landkreis Pinneberg ist mit rund 317.000 Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Schleswig-Holstein. Hamburg hat als kreisfreie Stadt mit rund 1,85 Mio. Menschen die meisten Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Hamburg mit 4.644 Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 276 (132) Ärzten je 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Kiel (im Landkreis Segeberg) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Schleswig-Holstein und Hamburg

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	4,76 Mio.	9.962	8.584	209
Landkreis Dithmarschen	4	133.251	183	156	137
kreisfreie Stadt Flensburg	4	89.934	170	159	189
kreisfreie Stadt Hamburg	1	1.852.478	4.644	3.906	251
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	199.152	312	261	157
kreisfreie Stadt Kiel	1	246.601	680	554	276
kreisfreie Stadt Lübeck	1	215.846	568	522	263
kreisfreie Stadt Neumünster	3	79.905	158	145	198
Landkreis Nordfriesland	4	167.147	265	227	159
Landkreis Ostholstein	3	201.487	385	362	191
Landkreis Pinneberg	2	317.085	468	404	148
Landkreis Plön	3	129.353	210	185	162
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	274.765	575	518	209
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	202.647	342	297	169
Landkreis Segeberg	3	278.007	367	339	132
Landkreis Steinburg	4	130.706	210	161	161
Landkreis Stormarn	2	244.989	425	388	173

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 Ärzte sind Ärzte in eigener Praxis, ambulant tätige Ärzte sind niedergelassene Ärzte plus angestellte Ärzte und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

2.2.2 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

28 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.

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 Schleswig-Holstein inklusive Hamburg leben die meisten Privatversicherten in den Landkreisen Rendsburg-Eckernförde. Mit einem PKV-Marktanteil von 15,9 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in dieser Region des Kreistyps 3 (vgl. Abbildung 4 im Anhang) über dem Durchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 5,4 % in der kreisfreien Stadt Neumünster (Kreistyp 3).

Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Schleswig-Holsteins ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 14,5 Mio. € (kreisfreie Stadt Neumünster) beziehungsweise von 182 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 182 € bis 537 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg bei 384 € je Einwohner.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	1,83 Mrd. €	384 €
Landkreis Dithmarschen	4	37.812.947 €	284 €
kreisfreie Stadt Flensburg	4	36.176.775 €	402 €
kreisfreie Stadt Hamburg	1	704.391.241 €	380 €
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	67.242.734 €	338 €
kreisfreie Stadt Kiel	1	87.763.541 €	356 €
kreisfreie Stadt Lübeck	1	69.929.462 €	324 €
kreisfreie Stadt Neumünster	3	14.540.984 €	182 €
Landkreis Nordfriesland	4	60.964.237 €	365 €
Landkreis Ostholstein	3	84.942.487 €	422 €
Landkreis Pinneberg	2	115.305.708 €	364 €
Landkreis Plön	3	58.031.411 €	449 €
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	147.663.567 €	537 €
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	92.246.696 €	455 €
Landkreis Segeberg	3	94.131.310 €	339 €
Landkreis Steinburg	4	42.079.059 €	322 €
Landkreis Stormarn	2	118.116.657 €	482 €

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 machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. In Schleswig-Holstein und Hamburg entsteht in allen Regionen bei Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 5,2 Mio. € (kreisfreie Stadt Neumünster) beziehungsweise von 65 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3b nachzuvollziehende und in Abbildung 6 visualisierte „Mehrumsatzspanne“

von 65 € bis 192 € je Einwohner. Der Durchschnitt liegt in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg bei Mehrumsätzen von 138 € je Einwohner.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	655 Mio. €	138 €
Landkreis Dithmarschen	4	13.529.719 €	102 €
kreisfreie Stadt Flensburg	4	12.944.286 €	144 €
kreisfreie Stadt Hamburg	1	252.035.777 €	136 €
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	24.059.889 €	121 €
kreisfreie Stadt Kiel	1	31.402.367 €	127 €
kreisfreie Stadt Lübeck	1	25.021.217 €	116 €
kreisfreie Stadt Neumünster	3	5.202.859 €	65 €
Landkreis Nordfriesland	4	21.813.402 €	131 €
Landkreis Ostholstein	3	30.392.975 €	151 €
Landkreis Pinneberg	2	41.257.134 €	130 €
Landkreis Plön	3	20.764.017 €	161 €
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	52.834.987 €	192 €
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	33.006.469 €	163 €
Landkreis Segeberg	3	33.680.796 €	121 €
Landkreis Steinburg	4	15.056.162 €	115 €
Landkreis Stormarn	2	42.262.910 €	173 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Ambulante Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen, Leistungen der Heilmittelbringer, 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 Schleswig-Holstein inklusive Hamburg 755 Mio. € (396 Mio. €) speziell auf die Umsätze (Mehrumsätze) in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um auch bei diesen Umsätzen und Mehrumsätzen eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten mit Bezug zur Zahl der regional niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Ärzte analysiert und tabellarisch aufgearbeitet. Abbildung 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 nicht gäbe.

Von den genannten Umsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 755 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4a). Alle Regionen des Kreistyps 4 – dünn besiedelter ländlicher Kreis – weisen überdurchschnittliche Umsätze durch Privatversicherte auf. In der Gesamtbilanz wird in Schleswig-Holstein und Hamburg je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 41.345 € (Stadt Neumünster) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine „Umsatzspanne“ zwischen 41.345 € und 129.325 € (Landkreis Plön/Kreistyp 3). Der Durchschnitt liegt bei rund 87.900 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg 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
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	755 Mio. €	75.800 €²	87.900 €²
Landkreis Dithmarschen	4	15.589.512 €	85.189 €	99.933 €
kreisfreie Stadt Flensburg	4	14.914.952 €	87.735 €	93.805 €
kreisfreie Stadt Hamburg	1	290.406.242 €	62.534 €	74.349 €
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	27.722.817 €	88.855 €	106.218 €
kreisfreie Stadt Kiel	1	36.183.131 €	53.210 €	65.313 €
kreisfreie Stadt Lübeck	1	28.830.501 €	50.758 €	55.231 €
kreisfreie Stadt Neumünster	3	5.994.953 €	37.943 €	41.345 €
Landkreis Nordfriesland	4	25.134.320 €	94.846 €	110.724 €
Landkreis Ostholstein	3	35.020.067 €	90.961 €	96.741 €
Landkreis Pinneberg	2	47.538.208 €	101.577 €	117.669 €
Landkreis Plön	3	23.925.176 €	113.929 €	129.325 €
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	60.878.698 €	105.876 €	117.526 €
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	38.031.444 €	111.203 €	128.052 €
Landkreis Segeberg	3	38.808.432 €	105.745 €	114.479 €
Landkreis Steinburg	4	17.348.344 €	82.611 €	107.754 €
Landkreis Stormarn	2	48.697.106 €	114.581 €	125.508 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt sich der Mehrumsatz der Privatversicherten als Teilmenge der Umsätze dar. Die Mehrumsätze machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. In Schleswig-Holstein inklusive Hamburg entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 396 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4b). Alle Regionen des Kreistyps 4 – dünn besiedelter ländlicher Kreis – weisen überdurchschnittliche Mehrumsätze auf. In der Gesamtbilanz wird in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 21.655 € (Stadt Neumünster) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 21.655 € und 67.767 € (Landkreis Plön/Kreistyp 3). Der Durchschnitt liegt bei rund 46.100 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg 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
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	396 Mio. €	39.700 €²	46.100 €²
Landkreis Dithmarschen	4	8.168.975 €	44.639 €	52.365 €
kreisfreie Stadt Flensburg	4	7.815.503 €	45.974 €	49.154 €
kreisfreie Stadt Hamburg	1	152.174.193 €	32.768 €	38.959 €
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	14.526.882 €	46.561 €	55.659 €
kreisfreie Stadt Kiel	1	18.960.125 €	27.883 €	34.224 €
kreisfreie Stadt Lübeck	1	15.107.314 €	26.597 €	28.941 €
kreisfreie Stadt Neumünster	3	3.141.383 €	19.882 €	21.665 €
Landkreis Nordfriesland	4	13.170.498 €	49.700 €	58.020 €
Landkreis Ostholstein	3	18.350.674 €	47.664 €	50.692 €
Landkreis Pinneberg	2	24.910.237 €	53.227 €	61.659 €
Landkreis Plön	3	12.536.901 €	59.700 €	67.767 €
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	31.900.715 €	55.480 €	61.584 €
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	19.928.650 €	58.271 €	67.100 €
Landkreis Segeberg	3	20.335.795 €	55.411 €	59.988 €
Landkreis Steinburg	4	9.090.611 €	43.289 €	56.463 €
Landkreis Stormarn	2	25.517.505 €	60.041 €	65.767 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.3 Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg

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 überproportional viele Privatversicherte leben.

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel skizzieren. Die Landeshauptstadt und kreisfreie Stadt Kiel wird vor allem im Osten, aber partiell auch im Norden und Süden vom Landkreis Plön umschlossen. Die kreisfreie Stadt Kiel und der Landkreis Plön sind damit soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verflochten. Der Landkreis Plön hat rund 129.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Kiel fast 247.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Kiel mit 276 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Plön liegt (162 Ärzte je 100.000 Einwohner), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Plön mit einem PKV-Marktanteil von 13,3 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Kiel (10,5 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher

in Landkreisen und damit in eher ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Stadt Kiel (des Landkreises Plön) die relativ niedrigen (hohen) Umsätze und Mehrumsätze der Privatversicherten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Plön entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Umsätze (Mehrumsätze) in Höhe von 129.325 € (67.767 €) jährlich. In der direkt angrenzenden Landeshauptstadt Kiel, liegen diese Umsätze (Mehrumsätze) je niedergelassenem Arzt bei nur rund 65.313 € (34.224 €). Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

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

2.3.1 Strukturdaten

Von den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland liegen 6 Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) eine Raumordnungsregion als städtische Region (Regionstyp 1)²⁹ und drei als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) definiert. Vom Typ 3 dagegen – ländliche Regionen mit dünner Besiedlung – existieren nach Definition des BBSR in Schleswig-Holstein und Hamburg zwei Raumordnungsregionen. Die einwohnerstärkste Raumordnungsregion ist Hamburg (Regionstyp 1). Dort leben fast 1,9 Mio. Menschen. Die sehr ländliche Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West (Regionstyp 3) hat dagegen nur rund 264.000 Einwohner. Die Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West fasst die zwei Landkreise Dithmarschen und Steinburg zusammen.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	4,76 Mio.	9.962	8.584	209
Hamburg	1	1.852.478	4.644	3.906	251
Schleswig-Holstein Mitte	2	730.624	1.623	1.402	222
Schleswig-Holstein Nord	3	459.728	777	683	169
Schleswig-Holstein Ost	2	417.333	953	884	228
Schleswig-Holstein Süd	2	1.039.233	1.572	1.392	151
Schleswig-Holstein Süd-West	3	263.957	393	317	149

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 Ärzte sind Ärzte in eigener Praxis, ambulant tätige Ärzte sind niedergelassene Ärzte plus angestellte Ärzte und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

²⁹ 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.

Die Ärztedichte ist – wie zu erwarten – mit 251 (149) ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner in der Raumordnungsregion Hamburg (Schleswig-Holstein Süd-West) 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 132 (Landkreis Segeberg) und 276 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner (Stadt Kiel), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 149 bis 251 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

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 zumindest partiell vermieden.³⁰ 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 Schleswig-Holstein und Hamburg leben die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Mitte. Mit einem PKV-Marktanteil von 12,5 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 5 im Anhang). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 9,0 % in der relativ ländlichen Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West. Damit gibt es sowohl in städtischen als auch ländlicheren Raumordnungsregionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht auch in allen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen Betrag von 303 € je Einwohner (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 303 € bis zu 422 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [182 € bis 537 €] ist die „Umsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg bei 384 € je Einwohner.

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze¹ in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	1,83 Mrd. €	384 €
Hamburg	1	704.391.241 €	380 €
Schleswig-Holstein Mitte	2	307.999.504 €	422 €
Schleswig-Holstein Nord	3	189.387.709 €	412 €
Schleswig-Holstein Ost	2	154.871.949 €	371 €
Schleswig-Holstein Süd	2	394.796.409 €	380 €
Schleswig-Holstein Süd-West	3	79.892.006 €	303 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

³⁰ Weil das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt, liegt mit der an Schleswig-Holstein angrenzenden Hansestadt Hamburg ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Hamburg bildet die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vollständig vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Um dieses Defizit zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

Auch in den Raumordnungsregionen ergeben sich aus den Umsätzen – als Teilmenge – die Mehrumsätze der Privatversicherten. Die Mehrumsätze stellen den Beitrag zur medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg dar, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe. In den Raumordnungsregionen Schleswig-Holsteins inklusive Hamburg entsteht ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 108 € je Einwohner (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6b nachzuvollziehende und in Abbildung 7 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 108 € bis zu 151 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [65 € bis 192 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei 138 € je Einwohner.

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Mehrumsätze¹ in Schleswig-Holstein und Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	655 Mio. €	138 €
Hamburg	1	252.035.777 €	136 €
Schleswig-Holstein Mitte	2	110.204.230 €	151 €
Schleswig-Holstein Nord	3	67.764.157 €	147 €
Schleswig-Holstein Ost	2	55.414.193 €	133 €
Schleswig-Holstein Süd	2	141.260.729 €	136 €
Schleswig-Holstein Süd-West	3	28.585.880 €	108 €

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 der Region verbleibenden Umsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Schleswig-Holstein und Hamburg auf 755 Mio. € p.a. Davon profitieren auch relativ ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7a). Ein ambulanter „Sockel-Umsatz“ von 72.229 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Ost) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg je niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 72.229 € und 116.930 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 41.345 € und 129.325 €] ist die „Umsatzspanne“ je niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei rund 87.900 €.

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg 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
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	755 Mio. €	75.800 €²	87.900 €²
Hamburg	1	290.406.242 €	62.534 €	74.349 €
Schleswig-Holstein Mitte	2	126.981.958 €	78.239 €	90.572 €
Schleswig-Holstein Nord	3	78.080.717 €	100.490 €	114.320 €
Schleswig-Holstein Ost	2	63.850.568 €	67.000 €	72.229 €
Schleswig-Holstein Süd	2	162.766.563 €	103.541 €	116.930 €
Schleswig-Holstein Süd-West	3	32.937.856 €	83.811 €	103.905 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

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 Schleswig-Holstein und Hamburg entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 396 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7b). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 37.848 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Ost) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg je niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 37.848 € und 61.272 € (vgl. Abbildung 10). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 21.665 € und 67.767 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassenem Arzt damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei rund 46.100 €.

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg 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
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	396 Mio. €	39.700 €²	46.100 €²
Hamburg	1	152.174.193 €	32.768 €	38.959 €
Schleswig-Holstein Mitte	2	66.539.124 €	40.998 €	47.460 €
Schleswig-Holstein Nord	3	40.914.651 €	52.657 €	59.904 €
Schleswig-Holstein Ost	2	33.457.988 €	35.108 €	37.848 €
Schleswig-Holstein Süd	2	85.290.420 €	54.256 €	61.272 €
Schleswig-Holstein Süd-West	3	17.259.586 €	43.918 €	54.447 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte

Die Häufigkeit der Privatversicherten in den Regionen – der regionale PKV-Marktanteil – ist lediglich einer von drei bestimmenden Faktoren, mit denen die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten 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 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.³¹

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 46,74³²; in Schleswig-Holstein mit Hamburg bei 47,98 Jahren.³³ In den größeren Universitätsstädten wie zum Beispiel Hamburg (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 45,38 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 51,5 Jahren unter anderem im Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4).

Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die in den Regionen bei den medizinischen Leistungserbringern tatsächlich anfallenden Mehrumsätze aus. Je älter die Privatversicherten in einer Region im Durchschnitt sind, desto mehr regional verbleibende Mehrumsätze je Privatversicherten fallen an. Ein Zusammenhang, der bei der regionalen Altersadjustierung der Privatversicherten und der von ihnen

31 PKV-Kopfschadensstatistik.

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

33 PKV-Verbandsstatistik.

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 urbanen Zentren häufig überschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die in der Metropolregion Hamburg (Kreistyp 1) regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 136 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Hamburg aber nur bei altersadjustierten 117 € je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Hamburg altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 35.010 € an. Damit liegen die altersadjustierten Mehrumsätze in Hamburg über 10 % unter den anfänglich ermittelten Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen [38.959 €].

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich meist bei relativ ländlichen Regionen. Hier stellen die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil in der Regel eine zum Teil erhebliche Unterschätzung dar. So sind zum Beispiel die im Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4) oder im Landkreis Ostholstein (Kreistyp 3) verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 102 € beziehungsweise 151 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Landkreis Dithmarschen (Ostholstein) bei altersadjustierten 120 € (185 €) je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen im Landkreis Dithmarschen (Ostholstein) nicht 52.365 € (50.692 €), sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 61.998 € (62.106 €) 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 Ärzte oder ambulant tätigen Ärzte möglich.

Angelehnt an die Vorgehensweise des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Lebenshaltungskosten in Deutschland wird als Ausgangspunkt ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte gebildet. Grundlage für einen derartigen „Kosten-Warenkorb“ soll das sogenannte Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise³⁴ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärzte sein. Letztere lässt sich dem Zi-Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entnehmen. Dem Zi-Praxis-Panel zufolge umfassen die Betriebskosten der Praxen Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete und Nebenkosten der Praxisräume, Beiträge für Versicherungen und Gebühren, Kosten für Kraftfahrzeughaltung, Abschreibungen, Ausgaben für Geräte, Kosten für Wartung und Instandhaltung, Fremdkapitalzinsen sowie Kosten für die Nutzung externer Infrastruktur und sonstige Aufwendungen.

Ein regionaler Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte sollte alle Kostenarten als Teilindex – gewichtet mit einem zu bestimmenden Anteil am „Kosten-Warenkorb“ – zusammenführen. Dabei ist als Kostenart zwischen Praxisaufwendungen zu unterscheiden, die (a) deutschlandweit einheitlich oder quasieinheitlich sind und (b) erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen. In erstere Einordnung fallen

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

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.³⁵
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 22 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 11,4 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen.³⁶ Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist in diesem Anteil ausdrücklich nicht der Mietwert von Praxisräumen im Eigentum der Praxisinhaber enthalten. Weil es bei den Ärzten eine erhebliche Zahl von Praxisräumen im Eigentum gibt, unterschätzt deshalb der im Zi-Panel ausgewiesene Anteil für Mieten die tatsächlichen Raumkosten. Hinzu kommt, dass auch Ärzte aus ihrem privaten Nettoeinkommen einen nicht unerheblichen Anteil für Mieten oder den Mietwert von Eigentumswohnungen verausgaben müssen. Das Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise nennt hier einen Durchschnittsanteil von 21 %.³⁷ Für einen im Folgenden zu nutzenden regionalen Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte erscheint demzufolge summa summarum eine annähernde Verdopplung des Ausgangsgewichtes für Mieten [von 11,4 %] auf 22 % angemessen.
- › **Regional abweichende Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit 5 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 5,7 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Abschreibungen entfallen. Abschreibungen beinhalten – neben Abschreibungen auf Praxiseinrichtungen – vor allem und in besonderem Maße Abschreibungen auf den entgeltlich erworbenen immateriellen Praxiswert bei Praxisübernahme. Annäherungsweise sollen deshalb die Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit einem Gewicht von 5 % in den Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte eingehen.³⁸
- › **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 quasiainheitlich sind, mit 15 %:** Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 6,67 €/m² (Landkreis Dithmarschen) und 11,96 €/m² (Stadt Hamburg) entnehmen.^{39 40} Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2021). Der

³⁵ Vgl. Zi-Praxis-Panel (2020), Jahresbericht 2019, S. 13.

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

³⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Verbraucherpreisindex für Deutschland – Wägungsschema, S. 4.

³⁸ Vgl. Zi-Praxis-Panel (2020), Jahresbericht 2019, S.13.

³⁹ Empirica (2021), im Auftrag des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV).

⁴⁰ Regionale Preis- und Kostenindizes beziehen sich stets auf eine definierte (einheitliche) Leistung/Menge. Ansonsten wäre eine regionale Vergleichbarkeit nicht gegeben. Dabei können Ärzte und Arztpraxen auf regionale Mietunterschiede in €/m² mit Anpassung reagieren und zum Beispiel in der Stadt weniger große Praxisräumen anmieten. Eine Anpassungsoption, die allerdings stets allen Mietern von Immobilien auf dem Land und in der Stadt (in alle Richtungen) zur Verfügung steht. Es liegen in diesem Zusammenhang keine empirischen Erkenntnisse vor, dass sich niedergelassene Praxisinhaber öfter als alle anderen Durchschnittsmieter räumlich einschränkend an Miethöchstpreise anpassen.

Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Schleswig-Holstein und Hamburg zwischen 2.808 € (Landkreis Ostholstein) und 3.863 € (Stadt Hamburg).^{41 42}

Eine unmittelbare Datenbasis sowohl für den Teilindex „Regional abweichende Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ als auch für den Teilindex „Sonstige regional abweichende Kosten“ gibt es dagegen nicht. Hilfsweise soll hier deshalb jeweils die in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte Wirtschaftskraft – gemessen als Bruttoinlandsprodukt in den Landkreisen und kreisfreien Städten – zu Grunde gelegt werden. Diese mittelbare Vorgehensweise fußt auf der Annahme, dass sonstige regional abweichende Kosten häufig mit der Wirtschaftskraft vor Ort korrelieren beziehungsweise sich Ärzte bei einer Praxisübernahme häufig auf das jeweilige wirtschaftliche Umfeld der Praxis beziehen. Der Praxiswert wird demnach umso höher veranschlagt, je höher die regionale Wirtschaftskraft liegt. Die entsprechenden Daten lassen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Bundesländer (VGRdL) entnehmen.⁴³

Zur Berechnung der Teilindizes aller Kostenarten bedarf es nicht nur einer geeigneten Datenbasis, sondern jeweils auch einer normierten Vergleichsgröße. Im PKV-Regionalatlas Schleswig-Holstein und Hamburg entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt von Schleswig-Holstein unter Einbezug von Hamburg. Diese Orientierung der normierten Vergleichsgröße am (bereinigten) 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:

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

42 Der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt ist sachlich angezeigt, weil bei niedergelassenen Ärzten nicht nur medizinische Fachangestellte, sondern im erheblichen Umfang auch (angestellte) Ärzte, Verwaltungskräfte und Reinigungskräfte angestellt sind. Der Einwand, dass sich die Entgelte medizinischer Fachangestellte nach einem einheitlichen Tarifvertrag richten, ist dabei nicht zielführend: ZI-Befragungen zur Tarifstruktur und Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen zeigen, dass in Deutschland 19 % der Arbeitsverträge von medizinischen Fachangestellten außertariflich oder als Mini-Job vereinbart sind. Weitere 47 % der Arbeitsverträge der medizinischen Fachangestellten lehnen sich lediglich an einen Tarifvertrag an, nur um explizit eine höhere oder eine niedrigere Vergütung oberhalb/unterhalb des Tarifvertrags zu vereinbaren. Nur 34 % werden nach einem einheitlichen Tarifvertrag vergütet. Regional zeigen sich dabei erhebliche Unterschiede. Außertarifliche Vereinbarungen sind eher im Versorgungsraum Ost verbreitet. Eine Bezahlung oberhalb des Tarifvertrags für medizinische Angestellte kommt häufig (selten) im Versorgungsraum Süd (Ost) vor. Im Versorgungsraum West und Nord finden sich wiederum überproportional viele Arbeitsverträge, die nach einheitlichem Tarif vergütet werden; vgl. dazu ZI-Institut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Befragung zur Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen, Bezugszeitraum 2018, S. 1 und Abbildung 1. Die (regionalen) Ergebnisse der ZI-Befragung lassen sich mit einem Blick in einen großen, regional differenzierenden Online-Gehaltsvergleichsrechner für medizinische Fachangestellte nach Bundesländern bestätigen [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte, Stand 21.2.2022]. Ein derartiger regionaler Online-Gehaltsvergleich zeigt darüber hinaus auch, dass die regionalen Unterschiede noch weit über die regionalen Versorgungsräume Ost, West, Süd und Nord hinausgehen. So liegen z. B. innerhalb der Region Schleswig-Holstein (ohne Hamburg) die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in der „teuersten“ Region rund 10,3 % über den Gehältern in der „preiswertesten“ Region [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Schleswig-Holstein, Stand 21.2.2022]. Im Teilindex „Lohn & Gehalt“ des PKV-Regionalatlas sind es zwischen den Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein vergleichbare 10,9 %. Im Kern heißt das, dass der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt in Schleswig-Holstein regional ähnlich stark streut als ein Index, der sich nur auf die regionalen Vergütungsstrukturen von medizinischen Fachangestellten beziehen würde.

43 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	Gesamtindex
Gewichtung	-	55%	22%	8%	15%	100%
Schleswig-Holstein & Hamburg	-	100	100	100	100	100
Hamburg	1	110,5	119,5	133,9	100,0	112,8
Kreisfreie Stadt Hamburg	1	110,5	119,5	133,9	100,0	112,8
Schleswig-Holstein Mitte	2	94,3	79,0	77,0	100,0	90,4
Kreisfreie Stadt Kiel	1	102,2	85,5	97,6	100,0	97,8
Kreisfreie Stadt Neumünster	3	88,0	69,0	89,6	100,0	85,7
Landkreis Plön	3	85,9	78,5	43,3	100,0	83,0
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	90,0	74,2	61,5	100,0	85,7
Schleswig-Holstein Nord	3	85,1	73,4	67,5	100,0	83,3
Kreisfreie Stadt Flensburg	4	91,3	77,7	85,8	100,0	89,1
Landkreis Nordfriesland	4	83,9	73,4	72,1	100,0	83,1
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	82,9	71,3	54,9	100,0	80,7
Schleswig-Holstein Ost	2	88,4	86,9	76,3	100,0	88,8
Kreisfreie Stadt Lübeck	1	93,8	87,8	90,1	100,0	93,1
Landkreis Ostholstein	3	80,3	85,6	56,1	100,0	82,5
Schleswig-Holstein Süd	2	91,8	93,5	61,8	100,0	91,0
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	87,9	84,9	48,1	100,0	85,9
Landkreis Pinneberg	2	92,6	95,1	60,6	100,0	91,7
Landkreis Segeberg	3	93,2	91,8	65,2	100,0	91,7
Landkreis Stormarn	2	92,4	99,5	70,1	100,0	93,3
Schleswig-Holstein Süd-West	3	89,9	67,3	69,2	100,0	84,8
Landkreis Dithmarschen	4	88,6	66,6	69,0	100,0	83,9
Landkreis Steinburg	4	91,0	67,9	69,3	100,0	85,6

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

1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit 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 regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

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

bei ambulanten Ärzten von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze, sondern auch für die regional verbleibenden Mehrumsätze aller Leistungsanbieter denkbar. Allerdings müsste der „Kosten-Warenkorb“ insofern modifiziert werden, dass als Leistungserbringer nicht nur die ambulant niedergelassenen Ärzte, sondern auch die regional angesiedelten Krankenhäuser, Zahnärzte, Apotheken, Heilpraktiker und Physiotherapeuten berücksichtigt werden. Das stößt auf Schwierigkeiten. Die Kostenstrukturen dieser Leistungserbringer sind als sehr heterogen zu betrachten. So liegt z. B. der Kostenanteil für „Personal“ an den Gesamtaufwendungen in den Krankenhäusern bei 61,3 %, in den Zahnarztpraxen bei rund 40 % und bei den Heilmittelerbringern bei rund 14 %.⁴⁴ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.⁴⁵

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

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg 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
Schleswig-Holstein Mitte	2	81.526.670 €	50.232 €	58.150 €	47.460 €
Kreisfreie Stadt Kiel	1	19.818.768 €	29.145 €	35.774 €	34.224 €
Kreisfreie Stadt Neumünster	3	4.802.952 €	30.398 €	33.124 €	21.665 €
Landkreis Plön	3	17.254.443 €	82.164 €	93.267 €	67.767 €
Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	39.650.507 €	68.957 €	76.545 €	61.584 €
Schleswig-Holstein Nord	3	55.568.908 €	71.517 €	81.360 €	59.904 €
Kreisfreie Stadt Flensburg	4	9.859.194 €	57.995 €	62.008 €	49.154 €
Landkreis Nordfriesland	4	18.237.884 €	68.822 €	80.343 €	58.020 €
Landkreis Schleswig-Flensburg	4	27.471.831 €	80.327 €	92.498 €	67.100 €
Schleswig-Holstein Ost	2	45.015.876 €	47.236 €	50.923 €	37.848 €
Kreisfreie Stadt Lübeck	1	17.763.242 €	31.273 €	34.029 €	28.941 €
Landkreis Ostholstein	3	27.252.633 €	70.786 €	75.284 €	50.692 €
Schleswig-Holstein Süd	2	99.564.984 €	63.337 €	71.527 €	61.272 €
Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	18.162.557 €	58.213 €	69.588 €	55.659 €
Landkreis Pinneberg	2	28.849.327 €	61.644 €	71.409 €	61.659 €
Landkreis Segeberg	3	22.796.972 €	62.117 €	67.248 €	59.988 €
Landkreis Stormarn	2	29.756.128 €	70.014 €	76.691 €	65.767 €
Schleswig-Holstein Süd-West	3	23.272.292 €	59.217 €	73.414 €	54.447 €

44 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).

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

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
	Regions- und Kreistyp ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Landkreis Dithmarschen	4	11.529.323 €	63.002 €	73.906 €	52.365 €
Landkreis Steinburg	4	11.742.968 €	55.919 €	72.938 €	56.463 €
Hamburg	1	129.448.273 €	27.874 €	33.141 €	38.959 €
Kreisfreie Stadt Hamburg	1	129.448.273 €	27.874 €	33.141 €	38.959 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind z. B. die im Landkreis Steinburg (Landkreis Dithmarschen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 56.463 € (52.365 €) altersadjustiert real 72.938 € (73.906 €) 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 gut da.

Mit Blick auf das eng mit Schleswig-Holstein verbundene Ballungszentrum Hamburg (Kreistyp 1 & Regionstyp 1) zeigt sich ein vollständig umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Lagen in Hamburg in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze bei 152,2 Mio. € oder 38.959 € je niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und preisbereinigten Realwerte der Mehrumsätze eine „abgesenkte“ Größenordnung von 129,4 Mio. € beziehungsweise 33.141 € je ambulant niedergelassenem Arzt an. Damit liegt die kreisfreie Stadt Hamburg genauso wie die Landeshauptstadt Kiel und die Universitätsstadt Lübeck im „letzten“ Viertel der Landkreise und kreisfreien Städte.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Kreisen, Städten und Raumordnungsregionen immer ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“, der in der kreisfreien Stadt Neumünster einen jährlichen Realwert von 4,8 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West einen Realwert von 23,3 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 33.124 € (Stadt Neumünster) beziehungsweise 50.923 € (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Ost) zur Verfügung. Für Schleswig-Holstein und Hamburg ergibt sich damit zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 33.124 € und 93.267 € (33.141 € und 81.360 €).

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 Schleswig-Holstein und Hamburg auf der Ebene der Landkreise und

kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 10,5 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel die kreisfreie Stadt Neumünster mit einem PKV-Marktanteil von 5,4 % von einem PKV-Marktanteil von rund 15,9 % im Landkreis Rendsburg-Eckernförde kontrastiert wird. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung verzerren, zumal kreisfreie Städte 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 Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen zu Nominalwerten zusammen. Dabei zeigt sich unter anderem, dass sich die Verteilung der ambulant tätigen Ärzte je 100.000 Einwohner zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten – wie prinzipiell bekannt und in Abbildung 2 im Anhang grafisch veranschaulicht – streut. Die Variationsweite als Differenz zwischen der größten und der niedrigsten Ärztedichte in den Regionen beträgt 144, die Standardabweichung 44, das heißt: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein mit Hamburg weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 44 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 186 ab.⁴⁶

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt um 2,5 Prozentpunkte vom Mittelwert (11,1 %) ab.⁴⁷ Die Mehrumsätze sind zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten je nach Bezugsgröße entsprechend verteilt. Bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner beträgt die Variationsweite als Differenz zwischen dem größten und dem niedrigsten Wert 127 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 30 € vom Mittelwert 134 € ab.⁴⁸ Eine vergleichbare (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 13.982 € weichen diese im Durchschnitt um rund 14.000 € vom Mittelwert in Höhe von 51.875 € ab.⁴⁹

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

46 Die durchschnittliche Abweichung von 44 vom Mittelwert 186 entspricht rund 24 %.

47 Die durchschnittliche Abweichung von 2,5 %-Punkten vom Mittelwert 11,1 % entspricht rund 22 %.

48 Die durchschnittliche Abweichung von 30 € vom Mittelwert 134 € entspricht rund 22 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 13.982 € vom Mittelwert 51.875 € entspricht rund 27 %.

regionale (Un-)gleichverteilung der Bedeutung von Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur richtig ohne Verzerrungen einzuordnen.⁵⁰

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

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Schleswig-Holstein und Hamburg)

Schleswig-Holstein und Hamburg	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	186	144	44
PKV-Marktanteil	11,1%	10,5 %-Punkte	2,5 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	134 €	127 €	30 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	51.875 €	46.102 €	13.982 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	195	102	44
PKV-Marktanteil	11,2%	3,5 %-Punkte	1,2 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	135 €	43 €	15 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	49.982 €	23.423 €	10.207 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streuen alle Beobachtungsgrößen weniger als zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Dabei ergeben sich allerdings bei der Ärztedichte vergleichsweise minimale Änderungen. Die Aussage, die Ärzte seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, kann sowohl statistisch als auch visualisiert (vgl. Abbildung 3 im Anhang) nur im geringfügigem Maße relativiert werden. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 102, die entsprechende Standardabweichung 44, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 44 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 195 ab.⁵¹

Bei allen anderen Kenngrößen ergeben sich dagegen mit Wechsel auf das Konzept der Raumordnungsregionen relativ große Veränderungen. Die Verteilung der PKV-Marktanteile⁵² und die der ambulanten Mehrumsätze stellen sich gleichmäßiger dar als es die Stadt- und Kreisanalyse zunächst signalisiert hat. Im Durchschnitt weichen die Mehrumsätze je Einwohner nur um 15 € vom Mittelwert 135 € ab.⁵³ Bei den Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 10.207 € vom Mittelwert 49.982 € ab.⁵⁴ Insgesamt stellt sich das – wenn die starren Stadt- und Kreisgrenzen überwunden werden – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

50 Weil das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt, liegt mit der an Schleswig-Holstein angrenzenden Hansestadt Hamburg ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Hamburg bildet die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vollständig vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Um dieses Defizit zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

51 Die durchschnittliche Abweichung von 44 vom Mittelwert 195 entspricht rund 22 %.

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

53 Die durchschnittliche Abweichung von 15 € vom Mittelwert 135 € entspricht rund 11 %.

54 Die durchschnittliche Abweichung von 10.207 € vom Mittelwert 49.982 € entspricht rund 20 %.

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 (Schleswig-Holstein und Hamburg)

Schleswig-Holstein und Hamburg	Ø [Mittelwert]	V=V _{max} -V _{min} [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	65.487 €	60.143 €	20.372 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	61.419 €	48.219 €	17.687 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

In der Realwertanalyse zeigt sich, dass – wenn statt Landkreise und kreisfreie Städte die Raumordnungsregionen betrachtet werden – keine größeren Streuungs-Veränderungen zu beobachten sind. Bei dem regional bei Ärzten verbleibenden Realwert der Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt beträgt die Variationsweite 48.219 €, die entsprechende Standardabweichung 17.687 €, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 17.687 € vom Mittelwert 61.419 € ab.⁵⁵ Das stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine ähnlich (un-)gleichmäßige Verteilung dar.

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 partiell 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.

⁵⁵ Die durchschnittliche Abweichung von 17.687 € vom Mittelwert 61.419 € entspricht rund 29 %.

Der Anteil der Privatversicherten in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 11,2 % beziehungsweise 10,8 %. In kreisfreien Großstädten, verstärkten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 10,5 % beziehungsweise 12,5 % 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 Schleswig-Holstein mit Hamburg folgendes Ergebnis feststellen: Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Ballungszentren des Kreistyps 1. Lediglich verstärkte Landkreise weisen je niedergelassenem Arzt im begrenzten Maße höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen. Noch deutlicher ist das Bild auf Ebene der Raumordnungsregionen. Je ländlicher die Raumordnungsregion, desto mehr Mehrumsätze verbleiben bei den einzelnen niedergelassenen Ärzten. Als (überraschendes) 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 den dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehender (und deutlicher) als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Im Trend hinterlassen Privatversicherte umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) je niedergelassenen Arzt mit 76.338 € die höchsten jährlichen Mehrumsätze zu verzeichnen (vgl. dazu auch Abbildung 16 im Anhang). Ein Trend, der sich beim Übergang von Kreistypen auf Raumordnungsregionstypen verstärkt. Die medizinischen Versorgungsstrukturen der ländlichen Raumordnungsregionen (Regionstyp 3) profitieren von Privatversicherten im Durchschnitt mehr als die Ballungsgebiete (Regionstyp 1) und verstärkten Regionen (Regionstyp 2).

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal sind die Privatversicherten in Schleswig-Holstein und Hamburg – auch im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland – relativ gleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen verteilt. Darüber hinaus existieren auch in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg 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 Lohnkosten) eine erkennbare Wirkung. Die in Schleswig-Holstein und Hamburg kaum wahrnehmbare relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Städten verliert dabei vollständig an Bedeutung. Die Nominal-, vor allem aber die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien ausschließlich für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Schleswig-Holstein & Hamburg	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 %	12,5 %	11,2 %	10,8 %	11,3 %	11,6 %	10,6 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	34.041 €	63.713 €	52.892 €	56.620 €	38.959 €	48.860 €	57.175 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	34.315 €	74.050 €	69.176 €	76.338 €	33.141 €	60.200 €	77.387 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse des PKV-Regionalatlases Schleswig-Holstein und Hamburg 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. Gleichzeitig kann zwischen dem Flächenland Schleswig-Holstein und dem angrenzenden Stadtstaat Hamburg ein Sondereffekt ausgeschlossen werden, der sich daraus ergibt, dass das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt. Folgerichtig bildet die kreisfreie Stadt Hamburg gleichzeitig die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. Entsprechend können im Konzept der Raumordnungsregionen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ nicht vollständig vermieden werden, weil an Hamburg angrenzende Landkreise in Schleswig-Holstein nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Auch hier kann das alternative Konzept der Ankerregionen Abhilfe schaffen.

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 immer oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Hamburg, Kiel und Lübeck sind alle im unteren Viertel des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 73.906 € anfallen (Rang 7 von 16), sind es in den Arztpraxen in Kiel (Rang 13 von 16) „nur“ 35.774 Euro jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte (Kreistyp 1) für das Umland zurückzuführen ist.

Abseits der kreisfreien Städte zeigt das Ranking ein relativ heterogenes Bild. Städtische 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 sehr ländlichen bis ländlichen Landkreisen Plön (Kreistyp 3), Schleswig-Flensburg (Kreistyp 4) und Nordfriesland (Kreistyp 4). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (159 bis 162 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 80.343 € und 93.267 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie, nichtsdestotrotz relativ ländlich liegende Stadt Neumünster (Kreistyp 3). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (198 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner).

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 Plön	3	93.267 €	162
2	Landkreis Schleswig-Flensburg	4	92.498 €	169
3	Landkreis Nordfriesland	4	80.343 €	159
4	Landkreis Stormarn	2	76.691 €	173
5	Landkreis Rendsburg-Eckernförde	3	76.545 €	209
6	Landkreis Ostholstein	3	75.284 €	191
7	Landkreis Dithmarschen	4	73.906 €	137
8	Landkreis Steinburg	4	72.938 €	161
9	Landkreis Pinneberg	2	71.409 €	148
10	Landkreis Herzogtum Lauenburg	3	69.588 €	157
11	Landkreis Segeberg	3	67.248 €	132
12	kreisfreie Stadt Flensburg	4	62.008 €	189
13	kreisfreie Stadt Kiel	1	35.774 €	276
14	kreisfreie Stadt Lübeck	1	34.029 €	263
15	kreisfreie Stadt Hamburg	1	33.141 €	251
16	kreisfreie Stadt Neumünster	3	33.124 €	198

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 Ärzte je 100.000 Einwohner.

5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen

Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich – mit Ausnahme des oben beschriebenen Sonderfalls der Raumordnungsregion Hamburg⁵⁶ – sogenannte „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil die Einwohner eines Landkreises oder eines städtischen „Speckgürtels“ (mit relativ vielen Privatversicherten) systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich, dass alle relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking vom ländlichen Schleswig-Holstein Nord. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 81.360 € (Realwert). Schlusslichter sind die relativ dicht besiedelten Regionen Schleswig-Holstein Mitte (mit der Landeshauptstadt Kiel) sowie Schleswig-Holstein Ost (mit der Universitätsstadt Lübeck). In der Region Schleswig-Holstein Mitte (Schleswig-Holstein Ost) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 58.150 € (50.923 €). Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (222/228 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit relativ hohem ärztlichen Kostenniveau.

Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Schleswig-Holstein Nord	3	81.360 €	169
2	Schleswig-Holstein Süd-West	3	73.414 €	149
3	Schleswig-Holstein Süd	2	71.527 €	151
4	Schleswig-Holstein Mitte	2	58.150 €	222
5	Schleswig-Holstein Ost	2	50.923 €	228

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

¹ Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkeransätzen, 3 = Ländliche Region (in Schleswig-Holstein und Hamburg nicht gegeben).

² Ambulant tätige 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 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.

⁵⁶ Weil das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt, liegt mit der an Schleswig-Holstein angrenzenden Hansestadt Hamburg ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Hamburg bildet die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Entsprechend bleibt die Raumordnungsregion Hamburg in Tabelle 14 unberücksichtigt. Um den Sonderfall Hamburg zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

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 – inklusive des oben beschriebenen Sonderfalls der Raumordnungsregion Hamburg – 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 Schleswig-Holstein und Hamburg 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.
- › Bildung mehrerer Ankerregionen mit jeweils einem identischen Anker, wenn kreisfreie Großstädte – zum Beispiel Hamburg – von mehreren Landkreisen umgeben sind, gleichzeitig aber das Zusammenfassen aller umgebenden Landkreise mit der Großstadt zu einer nicht zielführenden „Weiträumigkeit“ führt.

Nach den genannten Strukturmerkmalen lassen sich in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg insgesamt 16 (zusammengefasste) Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 4 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Dabei zeigt das Gesamtbild der Ankerregionen, dass alle sehr ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 4) an der Spitze und die ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 3) überwiegend in der oberen Hälfte des Tableaus platziert sind. Städtische und verstärkte Regionen (Kreistyp 1 & 2) finden sich dagegen vorzugsweise in der unteren Hälfte des Tableaus.

Angeführt wird das Ranking von den sehr ländlichen Ankerregionen Flensburg, Nordfriesland und Dithmarschen. Zu den Schlusslichtern gehören – ohne Ausnahme – die dicht besiedelten, wirtschaftsstarke Regionen mit dem Anker Hamburg. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Hamburg I mit der kreisfreien Stadt Hamburg und dem Landkreis Pinneberg (Kreistyp 1+2/Rang 19 von 20) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 35.967 €. In der Ankerregion Kiel I (Kreistyp 1+3)/Rang 15 von 20 sind es „nur“ 48.089 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen wirtschaftlich starken Regionen auf relativ viele ambulant tätige Ärzte [Hamburg I (Kiel I): 236 (237) ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner] mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis-typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Flensburg	kreisfreie Stadt Flensburg & Landkreis Schleswig-Flensburg	4	81.301 €	175
2	Nordfriesland	Landkreis Nordfriesland	4	80.343 €	159
3	Dithmarschen	Landkreis Dithmarschen	4	73.906 €	137
4	Neumünster I-III	kreisfreie Stadt Neumünster & Landkreise Segeberg, Rendsburg-Eckernförde, Plön	3	73.245 €	172
5	Steinburg	Landkreis Steinburg	4	72.938 €	161
6	Segeberg	Landkreis Segeberg	3	67.248 €	132

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
7	Neumünster II	kreisfreie Stadt Neumünster & Rendsburg-Eckernförde	3	66.743 €	207
8	Neumünster III	kreisfreie Stadt Neumünster & Landkreis Plön	3	66.129 €	176
9	Lübeck I-III	kreisfreie Stadt Lübeck & Landkreis Ostholstein, Lauenburg & Stormarn	1+2+3	59.849 €	196
10	Kiel I-II	kreisfreie Stadt Kiel & Landkreise Plön & Rendsburg-Eckernförde	1+3	59.056 €	225
11	Neumünster I	kreisfreie Stadt Neumünster & Landkreis Segeberg	3	56.930 €	147
12	Kiel II	kreisfreie Stadt Kiel & Rendsburg-Eckernförde	1+3	53.934 €	241
13	Lübeck III	kreisfreie Stadt Lübeck & Landkreis Stormarn	1+2	52.240 €	215
14	Lübeck I	kreisfreie Stadt Lübeck & Landkreis Ostholstein	1+3	49.456 €	228
15	Kiel I	kreisfreie Stadt Kiel & Landkreis Plön	1+3	48.089 €	237
16	Lübeck II	kreisfreie Stadt Lübeck & Landkreis Lauenburg	1+3	45.329 €	212
17	Hamburg I-III ³	kreisfreie Stadt Hamburg & Landkreise Pinneberg, Stormarn & Lauenburg	1+2+3	39.933 €	224
18	Hamburg III	kreisfreie Stadt Hamburg & Landkreis Stormarn	1+2	36.215 €	242
19	Hamburg I	kreisfreie Stadt Hamburg & Landkreis Pinneberg	1+2	35.967 €	236
20	Hamburg II	kreisfreie Stadt Hamburg & Landkreis Lauenburg	1+3	34.816 €	242

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 Ärzte je 100.000 Einwohner.

3 Hamburg mit anliegenden Landkreisen in Schleswig-Holstein ohne Landkreis Segeberg, der – im Vergleich zu den anderen Landkreisen – nur mit einem dünnen, nach unten gerichteten „Flaschenhals“ an Hamburg grenzt.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

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

Zur Quantifizierung des erheblichen, überproportionalen Finanzierungsbeitrags der Privatversicherten zum Gesundheitssystem können die Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Diese Mehrumsätze entstehen nur deshalb, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Mit Hilfe dieser jährlich von Privatpatienten

durch höhere, nicht budgetierte Vergütung ausgelösten Mehrumsätze können Ärzte 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.⁵⁷ 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.⁵⁸

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 Schleswig-Holstein und Hamburg erstmals detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Umsätzen beziehungsweise 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 Überblick:

Schleswig-Holstein mit Hamburg

- › Schleswig-Holstein (mit Hamburg) hat mit einem PKV-Marktanteil von 11,4 % vergleichsweise überdurchschnittlich viele Privatpatienten (Deutschland: 10,5 %).
- › Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern in Schleswig-Holstein und Hamburg – den Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten etc. – Leistungsausgaben bzw. Umsätze in Höhe von insgesamt auf 1,8 Mrd. € jährlich.
- › Im Durchschnitt erzielen in Schleswig-Holstein und Hamburg Arztpraxen und andere ambulante-ärztliche Versorgungszentren 22,0 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Schleswig-Holstein und Hamburg nur 11,4 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Eine Teilmenge von den Umsätzen stellen die Mehrumsätze dar. Von den Mehrumsätzen, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei Bezug auf den PKV-Marktanteil – in Schleswig-Holstein und Hamburg p.a. 655 Mio. €. Je Einwohner entspricht das 138 €.
- › Von den in Schleswig-Holstein und Hamburg verbleibenden Mehrumsätzen entfallen 396 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 46.100 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein und Hamburg

- › Wie in ganz Deutschland gibt es in der Region Schleswig-Holstein-Hamburg sowohl stärker städtische als auch ländlichere Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen

⁵⁷ 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.

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

Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Von den 16 Landkreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein und Hamburg werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 3 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 2 als städtischer Kreis (Kreistyp 2), 6 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 5 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.

- › Die Privatversicherten in Schleswig-Holstein und Hamburg sind relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 11,2 % beziehungsweise 10,8 %. In kreisfreien Großstädten, verstädterten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 10,5 % beziehungsweise 12,5 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte. Als Landkarte sind die Marktanteile in Abbildung 4 visualisiert.
- › Im Landkreis Rendsburg-Eckernförde sind 15,9 % der Menschen privatversichert (höchster Wert), in der kreisfreien Stadt Neumünster sind es 5,4 % (niedrigster Wert). Trotz dieser relativ kleinen Anteile der Privatversicherten an der Bevölkerung erzielen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren im Landkreis Rendsburg-Eckernförde im Durchschnitt 30,7 % und in der kreisfreien Stadt Neumünster 10,4 % der Umsätze aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten.
- › 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 14,5 Mio. € (Stadt Neumünster) beziehungsweise 182 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Schleswig-Holstein eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 182 € bis 537 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 384 € je Einwohner. Alle weiteren regionalen Umsätze der Privatversicherten in Schleswig-Holstein und Hamburg 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 „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 5,2 Mio. € (Stadt Neumünster) beziehungsweise 65 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Schleswig-Holstein und Hamburg eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 65 € bis 192 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 138 € je Einwohner. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien 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 abseits vom Großraum Hamburg und der relativ dicht besiedelten Kiel-Lübeck-Schiene. Zum Beispiel liegen im sehr ländlichen Landkreis Steinburg (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 56.463 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 21.655 € (Stadt Neumünster) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ zwischen 21.655 € und 67.767 € (Landkreis Plön). Der Durchschnitt liegt bei rund 46.100 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 8 visualisiert.

Raumordnungsregionen in Schleswig-Holstein und Hamburg

- › 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: Landeshauptstadt und kreisfreie Stadt Kiel & Landkreis Plön

Die Landeshauptstadt und kreisfreie Stadt Kiel wird vor allem im Osten, aber partiell auch im Norden und Süden vom Landkreis Plön umschlossen. Die kreisfreie Stadt Kiel und der Landkreis Plön sind damit soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verflochten. Der Landkreis Plön hat rund 129.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Kiel fast 247.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung,

dass die Ärztedichte in der Stadt Kiel mit 276 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Plön liegt (162 Ärzte je 100.000 Einwohner), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Plön mit einem PKV-Marktanteil von 13,3 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Kiel (10,5 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in (eher) ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Stadt Kiel (des Landkreises Plön) die relativ niedrigen (hohen) Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Plön entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Umsätze (Mehrumsätze) in Höhe von 129.325 € (67.767 €) jährlich. In der direkt angrenzenden Landeshauptstadt Kiel liegen diese Umsätze (Mehrumsätze) je niedergelassenem Arzt bei nur rund 65.313 € (34.224 €). Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

- › Im vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Konzept der Raumordnungsregionen werden dagegen – mit Ausnahme des Sonderfalls Hamburg⁵⁹ – „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 Schleswig-Holstein und Hamburg zwischen städtischen (Regionstyp 1), ländlich-verstädterten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3). Jede Raumordnungsregion – mit Ausnahme von Hamburg – fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Schleswig-Holstein inklusive Hamburg leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Mitte (12,5 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 9,0 % in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West (Regionstyp 3). Damit gibt es auch im relativ ländlichen Raum einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Als Landkarte sind die PKV-Marktanteile nach Raumordnungsregionen in Abbildung 5 visualisiert.
- › In der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Mitte sind 12,5 % der Menschen privatversichert (höchster Wert), in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West sind es 9,0 % (niedrigster Wert). Trotz dieser relativ kleinen Anteile der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung erzielen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Mitte 23,9 % und in der Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West 17,4 % der Umsätze aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Raumordnungsregionen einen „Mindest-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 79,9 Mio. € (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West) bzw. 303 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg zwischen den Raumordnungsregionen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 303 € bis 422 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 384 € je Einwohner. 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 „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 28,6 Mio. € (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West) beziehungsweise 108 € je Einwohner nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Schleswig-Holstein und Hamburg eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 108 € bis 151 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 138 € je Einwohner.

59 Weil das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt, liegt mit der an Schleswig-Holstein angrenzenden Hansestadt Hamburg ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Hamburg bildet die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise in Schleswig-Holstein nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Um den Sonderfall Hamburg zu bereinigen, sei auf das Konzept der Ankerregionen in Abschnitt 5.3 verwiesen.

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 „Sockel-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Betrag von 37.848 € je ambulant niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Ost) nicht unterschreitet. Je niedergelassenem Arzt ergibt sich damit eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 37.848 € und 61.272 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 7b.
- › Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland & Speckgürtel-Phänomen] ist die „Mehrumsatzspanne“ im Konzept der Raumordnungsregionen je niedergelassenem Arzt von 21.665 € bis 67.767 € auf 37.848 € bis 61.272 € erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg bei rund 46.100 €.

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 (Schleswig-Holstein mit Hamburg) liegt bei 46,74 (47,98) Jahren. In den größeren Universitätsstädten wie zum Beispiel Hamburg (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 45,38 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 51,50 Jahren im sehr ländlichen Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4). Im Trend – so die deutschlandweite Beobachtung – sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Kreistyp 1 & 2) jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen (Kreistyp 3 & 4).
- › Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die tatsächlichen 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 Ärzte möglich. Dazu wird ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für ambulant tätige 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 Ärzte lässt sich ein regionaler (schleswig-holsteinischer)⁶⁰ Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte bilden. Der Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen Ärzten verbleibenden altersadjustierten Umsätze und Mehrumsätze annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Regionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i. d. R. häufiger zum Arzt. Und das ärztliche Kostenniveau in der Stadt ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z. B. Gehälter oder Mieten in der Stadt Kiel mit denen im Landkreis Dithmarschen 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 ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind zum Beispiel die im Landkreis Steinburg (Landkreis Dithmarschen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 56.463 € (52.365 €) real 72.938 € (73.906 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region im Gesamtvergleich sehr gut da.
- › In der alles dominierenden Hansestadt Hamburg (Kreistyp 1) zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen deutlich unter denen in der Nominalwert-Analyse. Liegen in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Hamburg bei 38.959 € je niedergelassenem Arzt, zeigen die kostenbereinigten Realwerte eine deutlich „abgesenkte“ Größenordnung von 33.141 € je ambulant niedergelassenem Arzt an. Damit liegt die Stadt Hamburg – genauso wie zum Beispiel die Stadt Kiel oder Lübeck – im „letzten“ Viertel der Landkreise und kreisfreien Städte.
- › Insgesamt verschiebt sich durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen die Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze zum Teil deutlich. Für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg ergibt sich zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 33.124 € und 93.267 € (33.141 € und 81.360 €). Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 9.

Stadt-Land-Analyse

- › Der Anteil der Privatversicherten ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 11,2 % beziehungsweise 10,8 %. In kreisfreien Großstädten, verstärkten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 10,5 % beziehungsweise 12,5 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte.
- › Für die medizinische Versorgung 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.

⁶⁰ Hier unter Einbezug von Hamburg.

- › Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Ballungszentren. Lediglich verstärkte Landkreise weisen je niedergelassenem Arzt im begrenzten Maße höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen.
- › Noch deutlicher ist das Bild auf Ebene der Raumordnungsregionen. Je ländlicher die Raumordnungsregion, desto mehr (nominale) Mehrumsätze verbleiben bei den einzelnen niedergelassenen Ärzten. 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 weitergehender 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 niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen des Kreistyps 4 je niedergelassenen Arzt mit durchschnittlich 76.338 € die höchsten jährlichen Mehrumsätze zu verzeichnen
- › Fasst man die städtischen Kreistypen 1 & 2 beziehungsweise die ländlichen Kreistypen 3 & 4 zusammen, ergibt sich, dass in den ländlichen Kreistypen auf jeden niedergelassenen Arzt Mehrumsätze (Realwert) in Höhe von 72.432 € entfallen. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den städtischen Kreistypen erzielen bei einer ambulanten Niederlassung dagegen lediglich 50.209 € pro Jahr (vgl. dazu auch Abbildung 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 am Beispiel der sehr ländlichen Landkreise Dithmarschen und Steinburg 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 auf dem Lande deutlich zunimmt.
- › Im Konzept der Raumordnungsregionen bestätigt sich das Bild von der „farblichen“ Veränderung in Richtung Land. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse im nicht unerheblichen Maße vom Sonderfall der Raumordnungsregion Hamburg verzerrt sind. Hier sei auf das (bessere) Raumkonzept der Ankerregionen verwiesen.⁶¹
- › Das Ergebnis lässt sich in Schleswig-Holstein unter Einbezug von Hamburg 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 Schleswig-Holstein & Hamburg 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 stets oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie u. a. Hamburg, Kiel und Lübeck sind alle im unteren Viertel des Rankings platziert. Während z. B. bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 73.906 € anfallen (Rang 7 von 16), sind es in den Arztpraxen in Kiel (Rang 13 von 16) „nur“ 35.774 Euro jährlich.

⁶¹ Weil das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) die Definition und Klassifizierung von Raumordnungsregionen i. d. R. innerhalb der Grenzen der Bundesländer vornimmt, liegt mit der an Schleswig-Holstein angrenzenden Hansestadt Hamburg ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Hamburg bildet die Raumordnungsregion Hamburg und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise in Schleswig-Holstein nicht zur Raumordnungsregion Hamburg gehören. Um den Sonderfall Hamburg zu bereinigen, sei auf das Konzept der Ankerregionen in Abschnitt 5.3 verwiesen.

- › 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 sehr ländlichen bis ländlichen Landkreisen Plön (Kreistyp 3), Schleswig-Flensburg (Kreistyp 4) und Nordfriesland (Kreistyp 4). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (159 bis 162 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 80.343 € und 93.267 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie, nichtsdestotrotz relativ ländlich liegende Stadt Neumünster (Kreistyp 3). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (198 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner).
- › Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ – mit Ausnahme des Sonderfalls Hamburg – vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich, dass alle relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking vom ländlichen Schleswig-Holstein Nord. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 81.360 € (Realwert). Schlusslichter sind die relativ dicht besiedelten Regionen Schleswig-Holstein Mitte (mit der Landeshauptstadt Kiel) sowie Schleswig-Holstein Ost (mit der Universitätsstadt Lübeck). In der Region Schleswig-Holstein Mitte (Schleswig-Holstein Ost) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 58.150 € (50.923 €). Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige mit relativ hohem ärztlichen Kostenniveau.
- › 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 sowie den oben beschriebenen Sonderfall Hamburg zu bereinigen.
- › 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.⁶² Gibt es dagegen angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage eines Landkreises keine (größeren) Ankerstädte, bildet der Landkreis seine „eigene“ Ankerregion in seinen eigenen Grenzen.
- › Das Ranking nach Ankerregionen zeigt, dass alle sehr ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 4) an der Spitze und die ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 3) überwiegend in der oberen Hälfte des Tableaus platziert sind. Städtische und verstärkte Regionen (Kreistyp 1 & 2) finden sich dagegen vorzugsweise in der unteren Hälfte des Tableaus. Angeführt wird das Ranking von den sehr ländlichen Ankerregionen Flensburg, Nordfriesland und Dithmarschen. Zu den Schlusslichtern gehören – ohne Ausnahme – die dicht besiedelten, wirtschaftsstarken Regionen mit dem Anker Hamburg. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Hamburg I mit der kreisfreien Stadt Hamburg und dem Landkreis Pinneberg (Kreistyp 1+2/Rang 19 von 20) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 35.967 €. In dieser wirtschaftlich starken Region treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (Hamburg I: 236 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau.

Der PKV-Regionalatlas Schleswig-Holstein & Hamburg zeigt, dass es in allen Teilen Norddeutschlands einen hohen 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,

⁶² Bildung mehrerer Ankerregionen mit jeweils einem identischen Anker, wenn kreisfreie Großstädte – zum Beispiel Kiel oder Lübeck – an mehrere Landkreise angrenzen, gleichzeitig aber das Zusammenfassen aller umgebenden Landkreise mit der Großstadt zu einer nicht zielführenden „Weiträumigkeit“ führt.

die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁶³ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien“,⁶⁴ sind damit nicht zu rechtfertigen. Die Umsätze und als Teilmenge davon die Mehrumsätze der Privatversicherten kommen regional breit gestreut überall auch gesetzlich Versicherten zu Gute. Der Vorwurf der „unentgeltlichen“ Nutzung der in ländlichen Gebieten von der GKV sichergestellten medizinischen Versorgungsstruktur durch vereinzelte Privatversicherte ist selbst in den ländlichsten Regionen sachlich falsch und nicht haltbar.

In Schleswig-Holstein werden in diesem Zusammenhang häufig die Landkreise in der Mitte, im Westen und Nord-Osten genannt. Mit Blick auf die sozioökonomischen Merkmale dieser Landkreise handelt es sich häufig um diejenigen Regionen, die in der politischen Diskussion typischerweise gemeint sind, wenn zum Beispiel 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 Ärzte in größere Städte und Metropolregionen ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁶⁵

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit: In Schleswig-Holstein inklusive Hamburg sind die Privatversicherten regional relativ gleichverteilt. Zum Beispiel liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung im ländlichen Landkreis Segeberg (Kreistyp 3) bei guten 10,0 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis Segeberg Mehrerlöse von jährlich 33,7 Mio. € oder 121 € je Einwohner, die es nur deshalb gibt, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Ein Großteil davon entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Rechnerisch lassen sich im Landkreis Segeberg jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 59.988 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Schleswig-Holstein inklusive Hamburg berücksichtigt werden – real 67.248 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenem Arzt über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel in der wirtschaftsstarken Ankerregion Kiel (59.056 €) oder in der dicht besiedelten Metropolregion Hamburg (39.933 €) 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 5,4 % (Stadt Neumünster: niedrigster Wert), 8,4 % (Ankerregion Dithmarschen: niedrigster Wert) beziehungsweise 9,0 % (Raumordnungsregion Schleswig-Holstein Süd-West: 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 Steinburg oder Dithmarschen 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“. ⁶⁶ 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 Schleswig-Holstein und Hamburg einen weiteren populären Irrtum auf. Dass nämlich für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer insbesondere ein relativ hoher Anteil der Privatversicherten von Relevanz sei und es deshalb zu einer Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Wenngleich bereits IGES (2020) feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten der Ärzte belegt ist“, ⁶⁷ ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für Schleswig-Holstein inklusive Hamburg zeigen in diesem Zusammenhang ein differenzierteres Bild.

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

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

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

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

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

Obwohl sich die Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) mit durchschnittlich 72.432 € im Jahr (Realwert) weit über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1 & 2: 50.209 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 169 Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 222 Ärzte je 100.000 Einwohner). Oder konkreter: Obwohl im Landkreis Dithmarschen (Kreistyp 4) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 73.906 € und in der dicht besiedelten, wirtschaftsstarken Ankerregion Hamburg⁶⁸ (Kreistyp 1) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 39.933 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis Dithmarschen mit 137 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Metropolregion Hamburg (224).

Oder: Obwohl im Landkreis Nordfriesland von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 80.343 € und in der Ankerregion Lübeck dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 59.849 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der ländlichen Region Nordfriesland mit 159 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Ankerregion Lübeck (196). Mit anderen Worten formuliert heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Mehrumsatz (Realwert) durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderem zeigen Arbeiten von Vogt (2016)⁶⁹ und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁷⁰ und Arentz (2017)⁷¹, dass bei der Niederlassungsentscheidung von deutschen Ärzten der Anteil der Privatversicherten eine (politisch) überschätzte, tatsächlich vollständig untergeordnete Rolle spielen. Von sehr großem Gewicht für die Standortwahl der medizinischen Leistungserbringer sind dagegen Faktoren wie Urbanität, Work-Life-Balance, (Arbeits-) Umfeld für Partner und Familie, Freizeitwert, Kulturangebot, Häufigkeit von Notdiensten, Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Nähe zu Krankenhäusern und Universitätskliniken.⁷²

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

68 Hamburg mit anliegenden Landkreisen in Schleswig-Holstein mit Ausnahme des Landkreises Segeberg, der – im Gegensatz zu den anderen Landkreisen – nur mit einem dünnen, nach unten gerichteten „Flaschenhals“ an Hamburg grenzt.

69 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.

70 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.

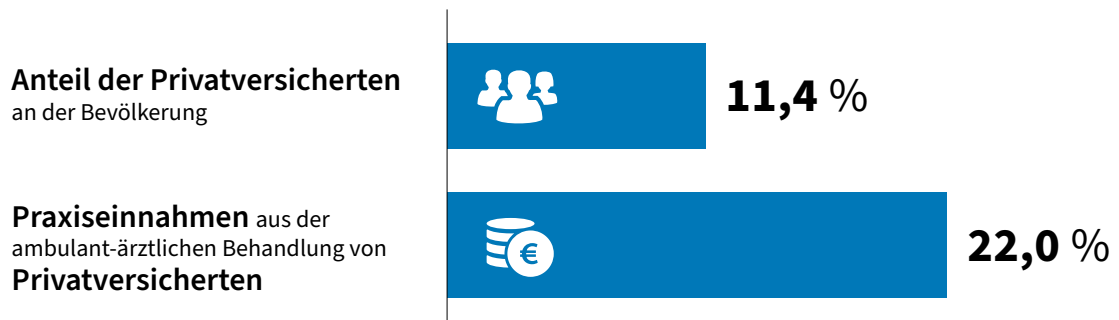
71 Vgl. Arentz, C (2017), Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

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

Anhang

Abbildung 1: Beitrag der Privatversicherten in Schleswig-Holstein und Hamburg

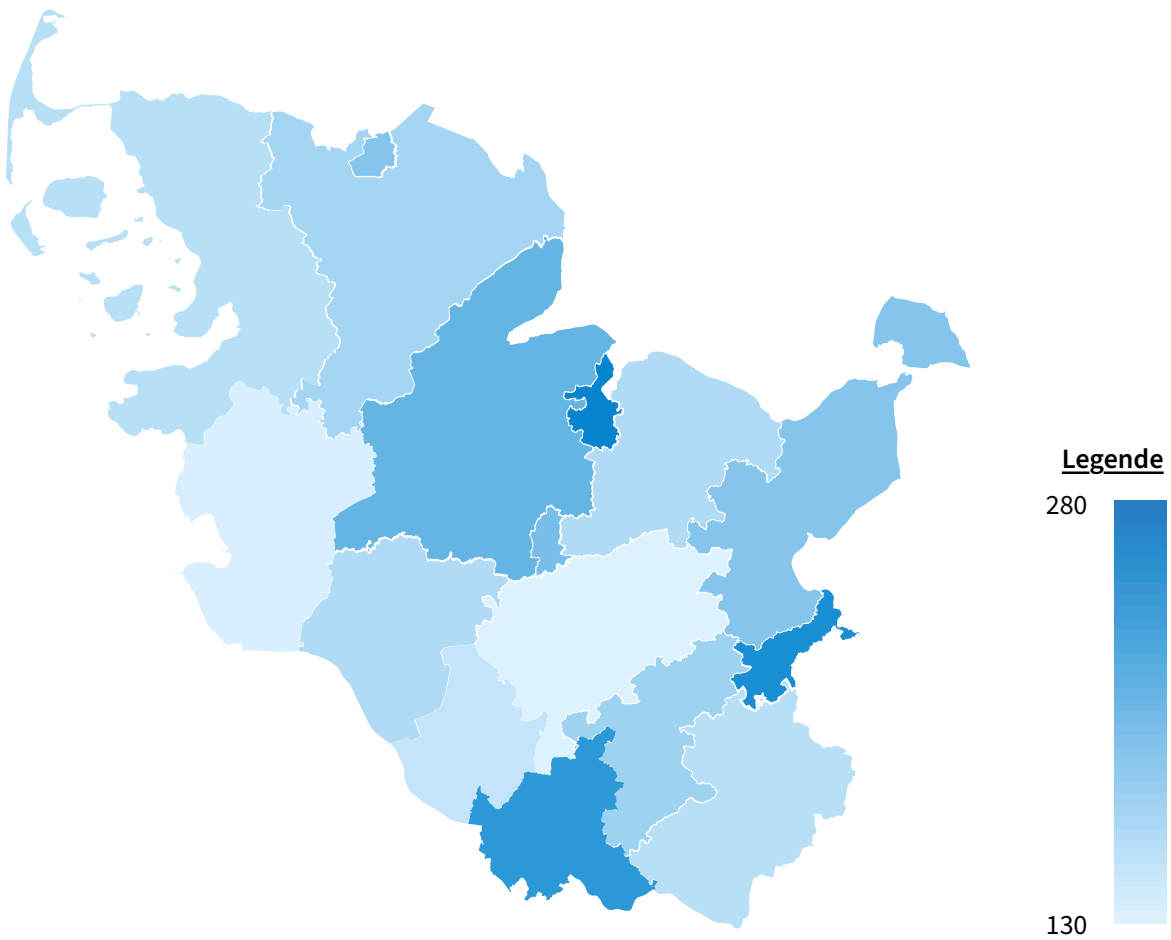
Beitrag der Privatversicherten zum Umsatz in der ambulant-ärztlichen Versorgung



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte

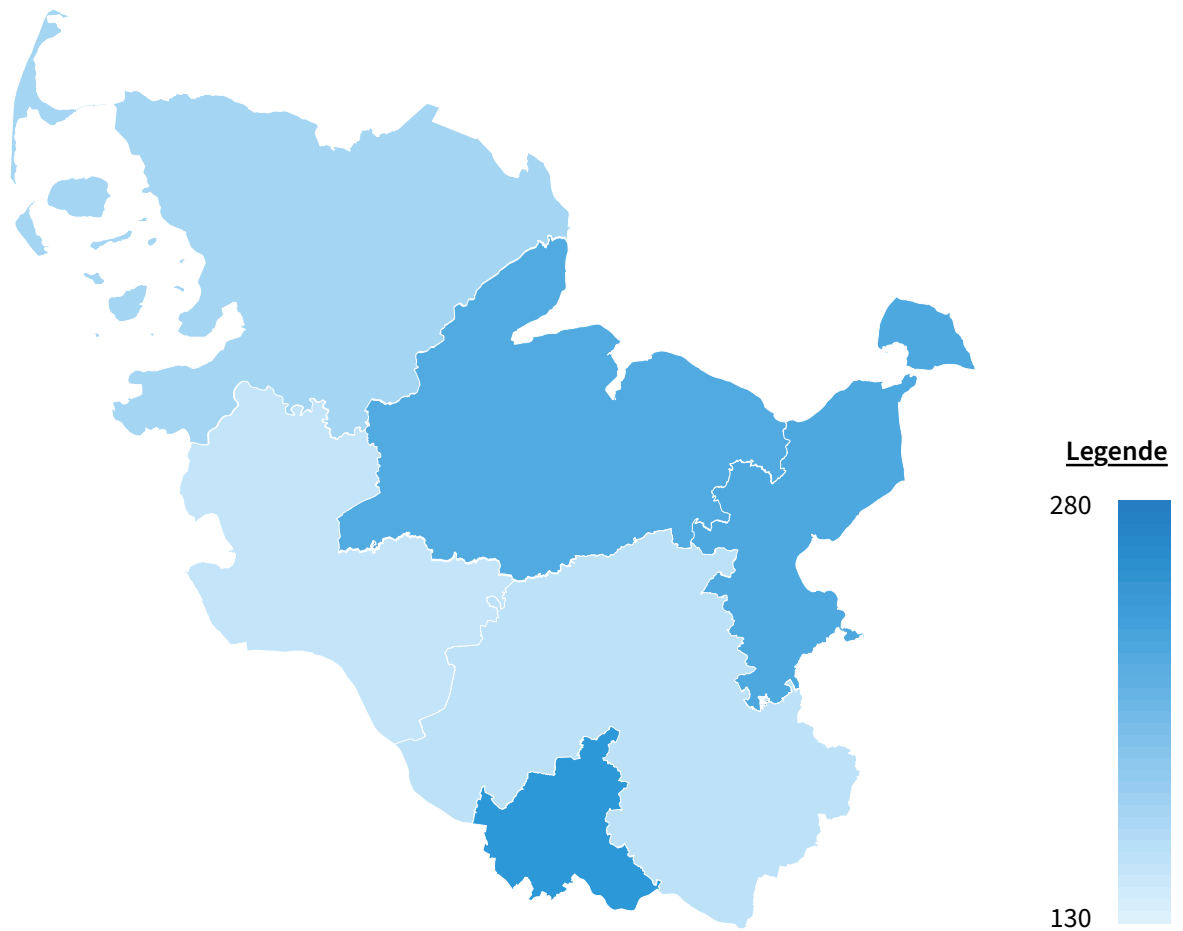
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte

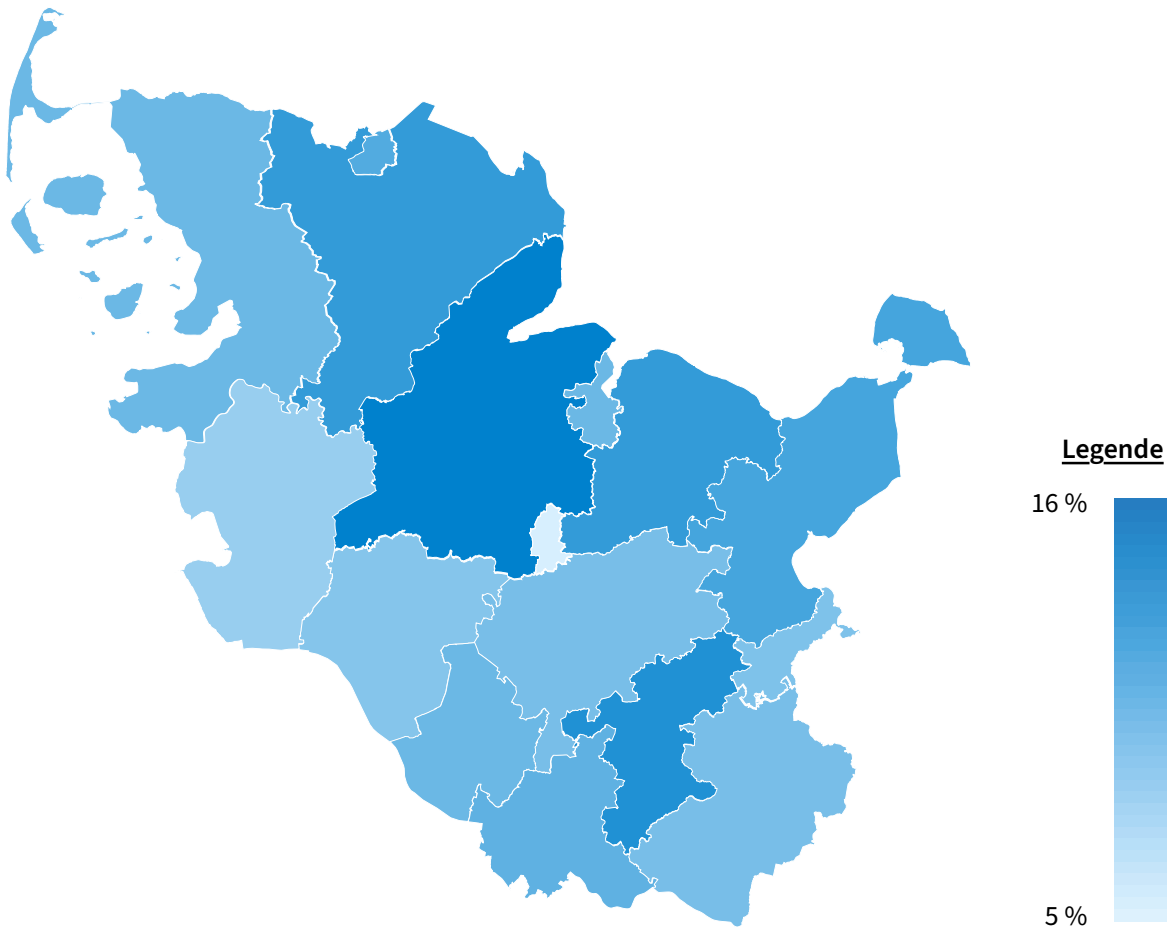
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Raumordnungsregionen



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 4: PKV-Marktanteil

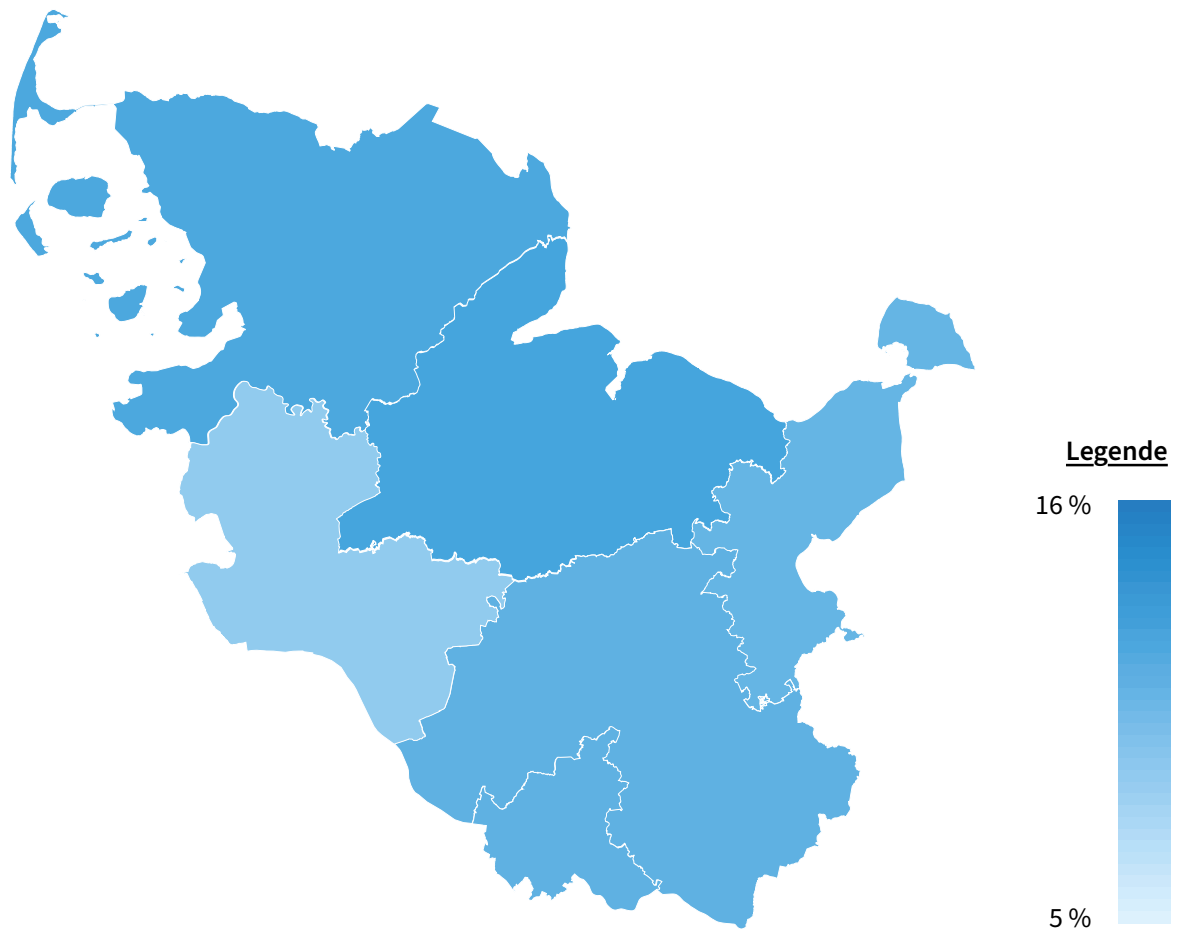
Anteil der PKV-Versicherten in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 5: PKV-Marktanteil

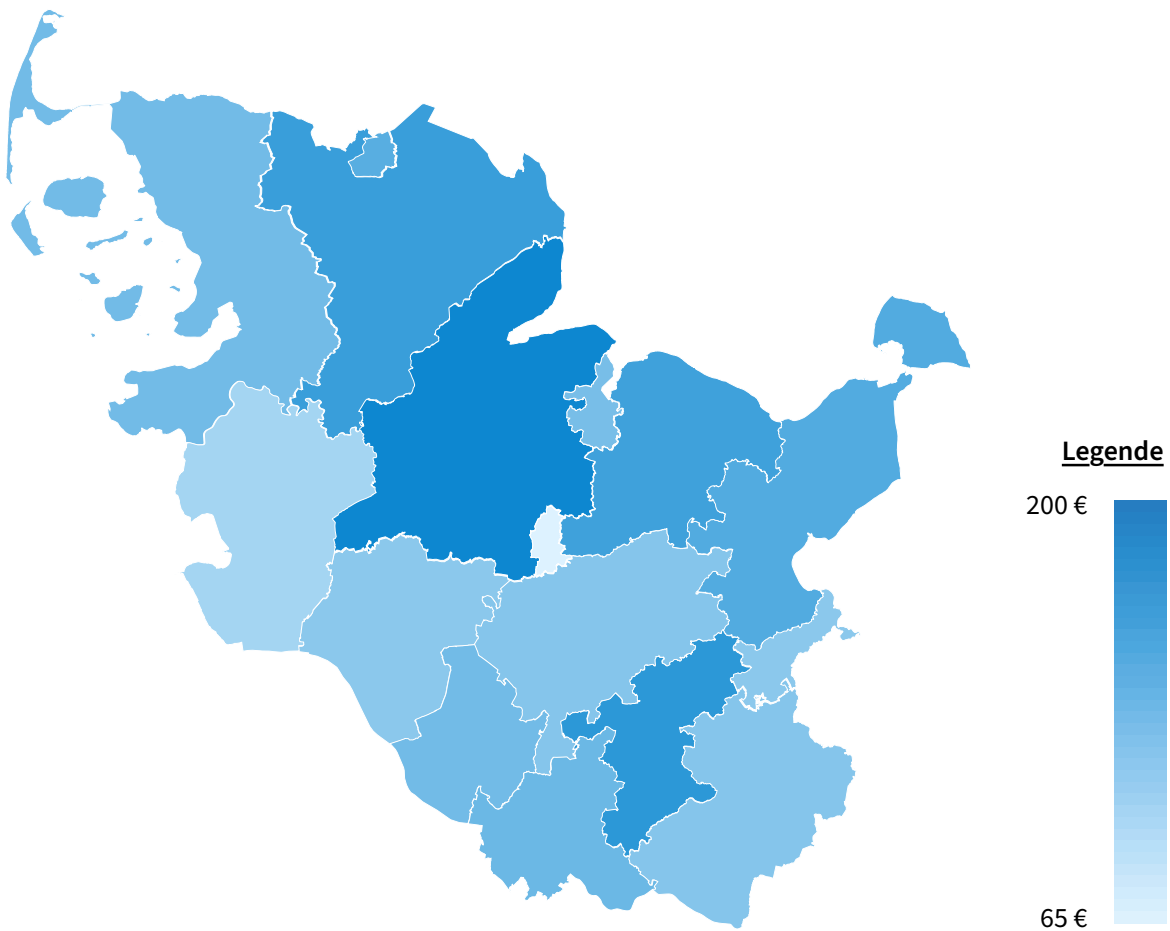
Anteil der PKV-Versicherten in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Raumordnungsregionen in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

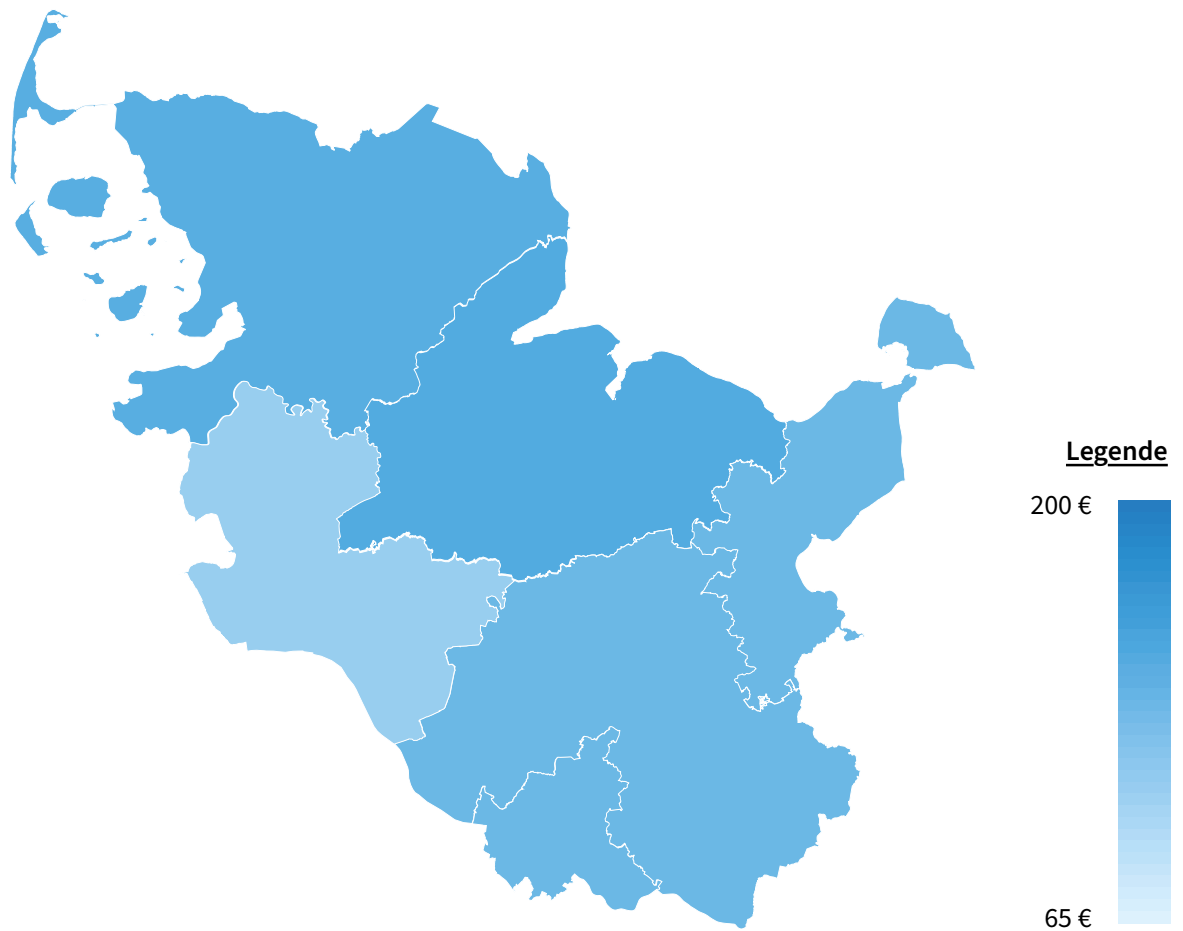
Regional verbleibende Mehrumsätze in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

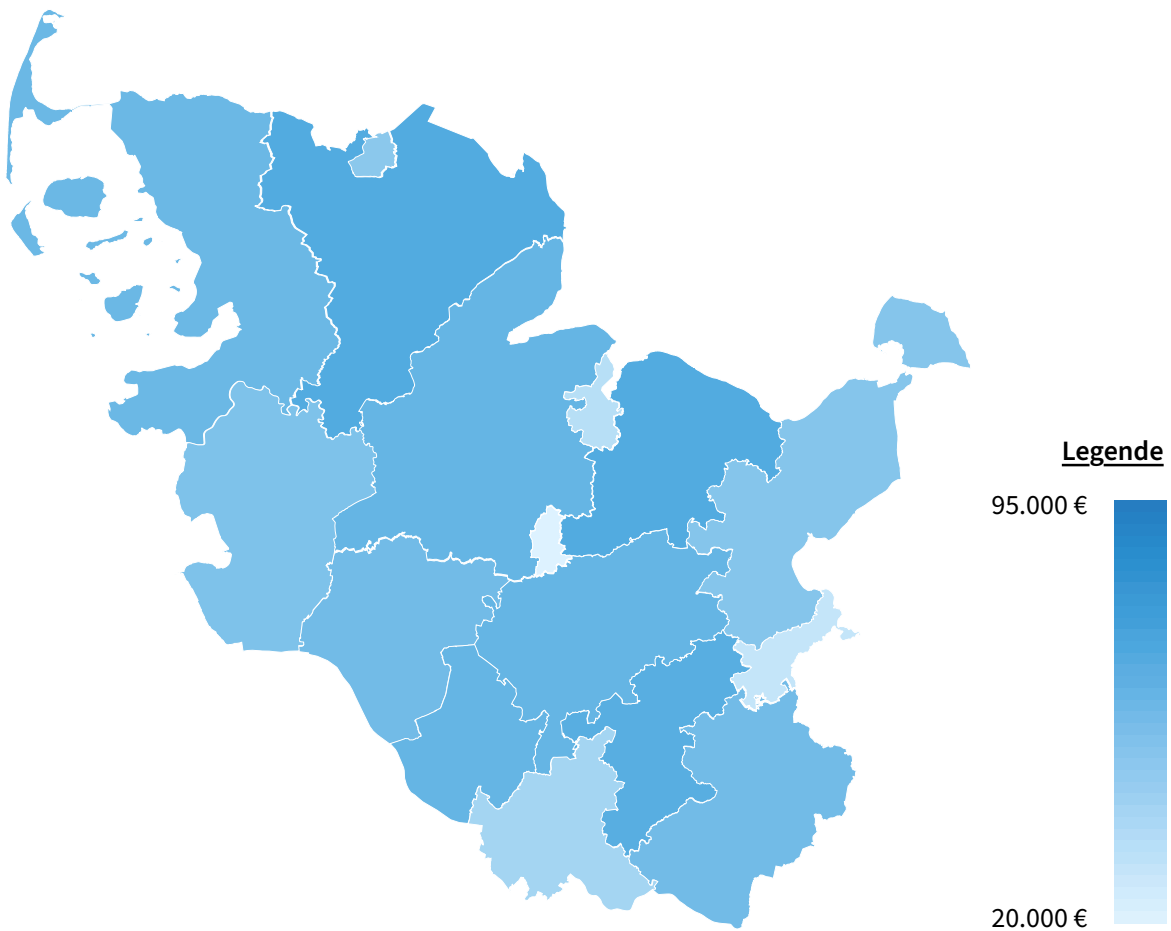
Regional verbleibende Mehrumsätze in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

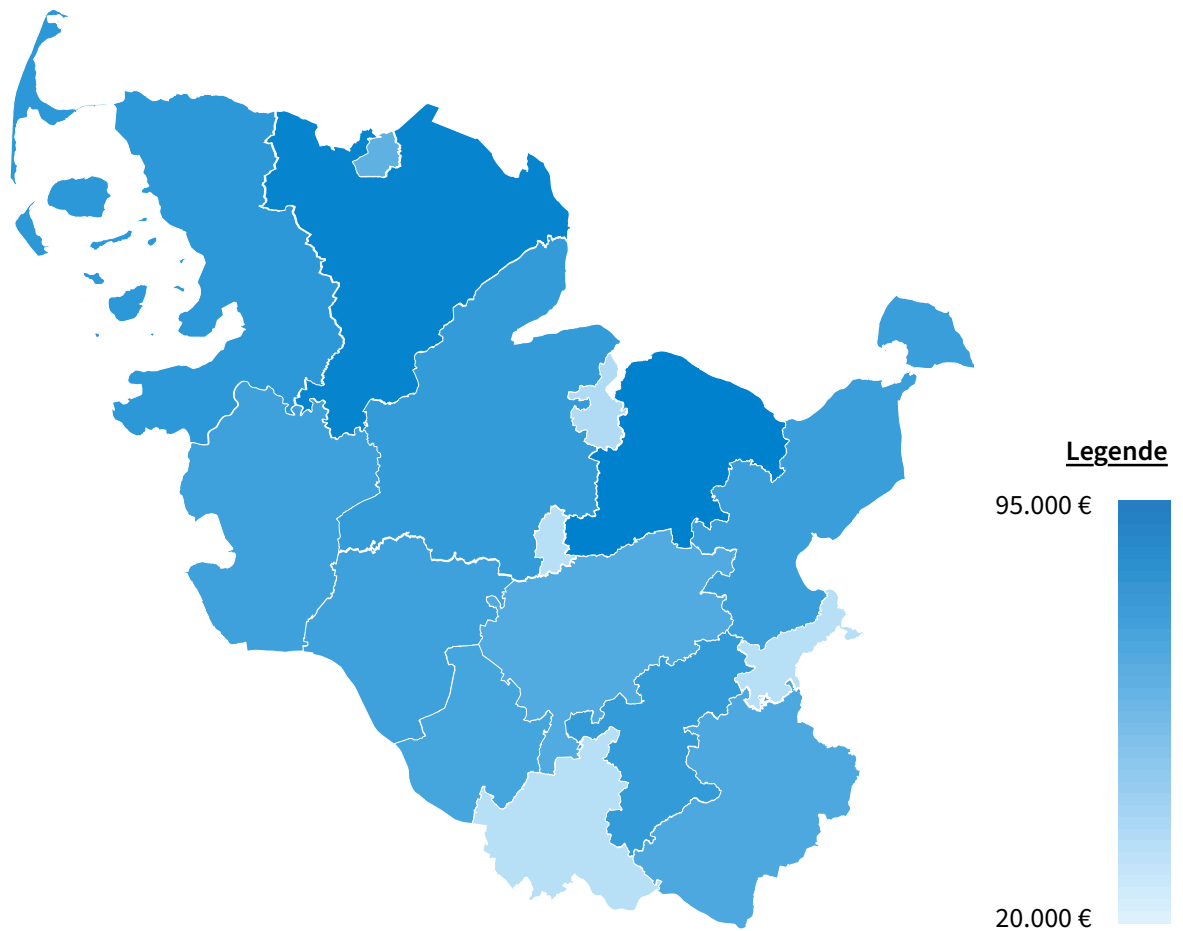
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

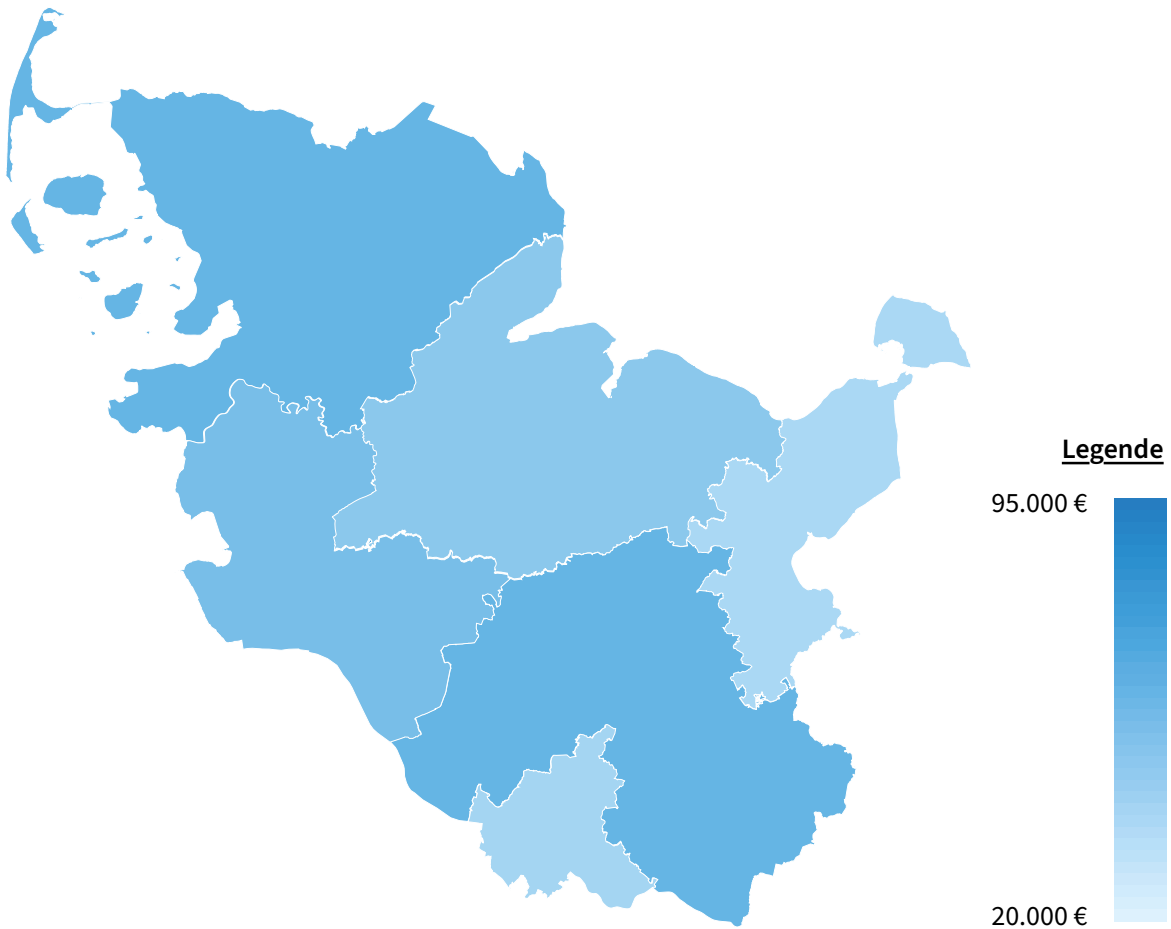
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

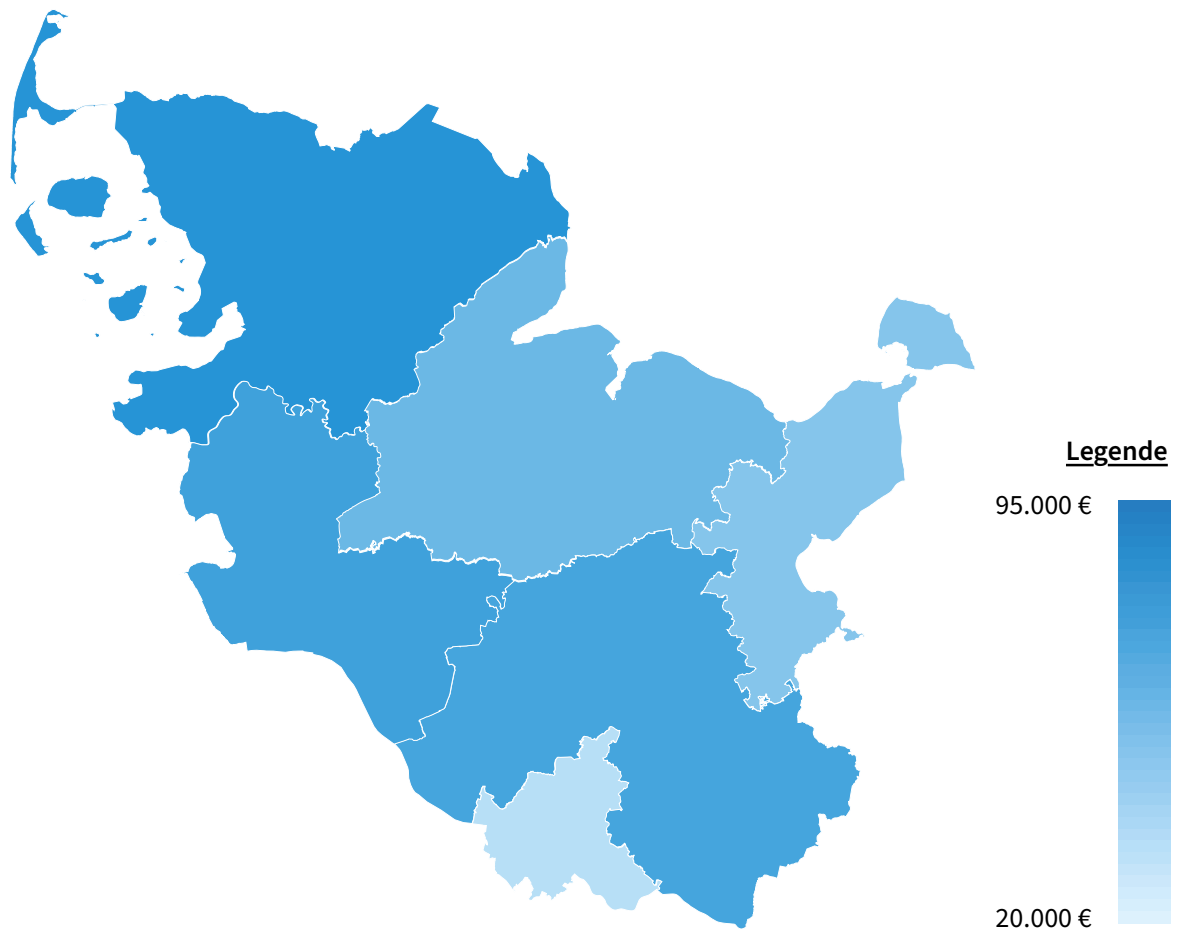
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

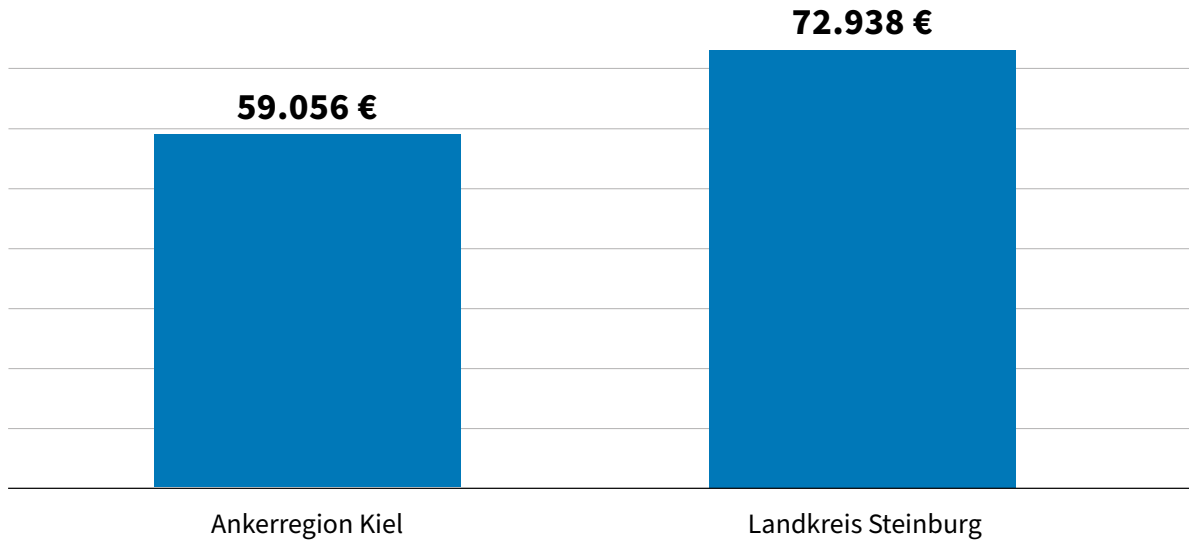
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein mit Hamburg nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

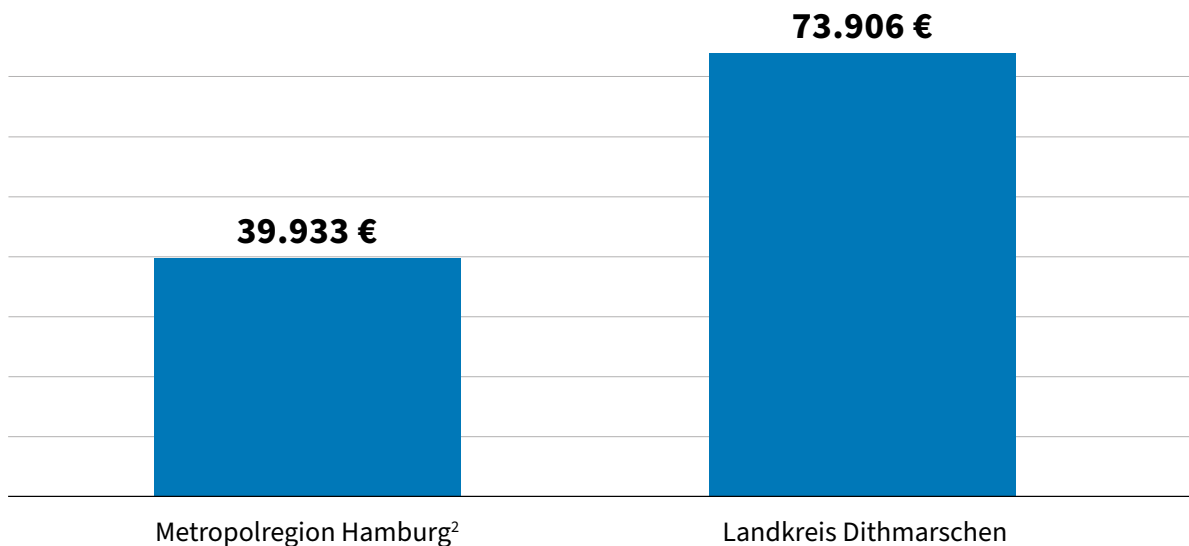
Ankerregion Kiel und Landkreis Steinburg im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand April 2022

Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

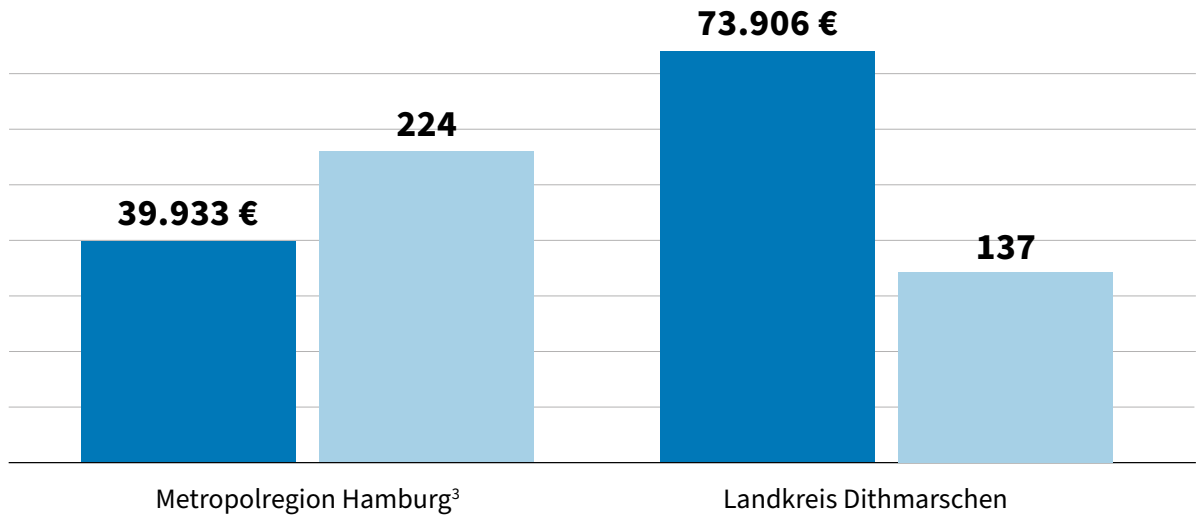
Metropolregion Hamburg und Landkreis Dithmarschen im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
2) Hamburg mit anliegenden Landkreisen in Schleswig-Holstein
Stand April 2022

Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

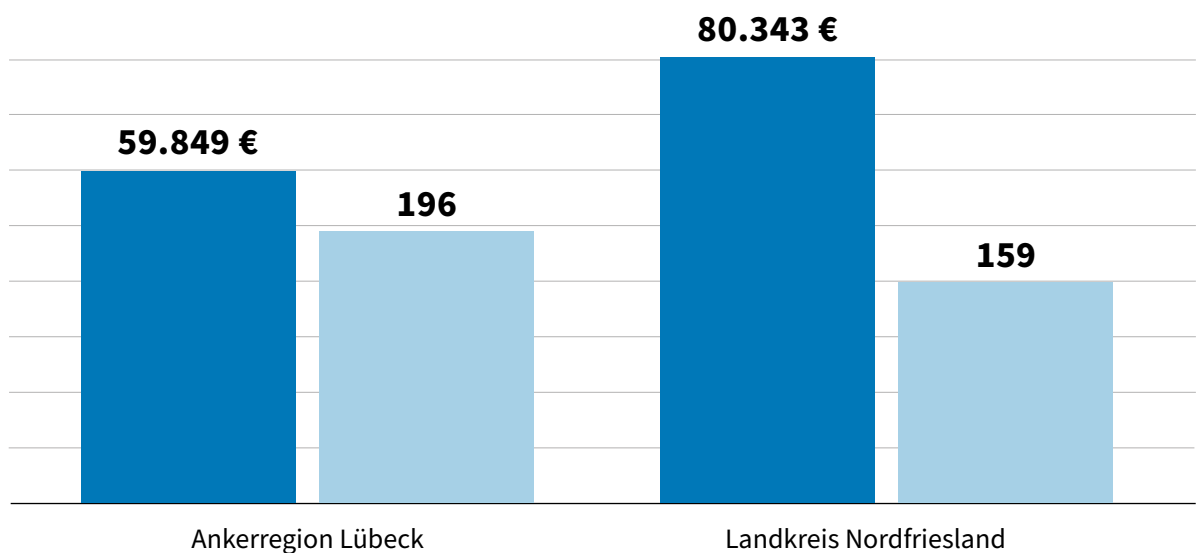
Metropolregion Hamburg und Landkreis Dithmarschen im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
 3) Hamburg mit anliegenden Landkreisen in Schleswig-Holstein
 Stand April 2022

Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

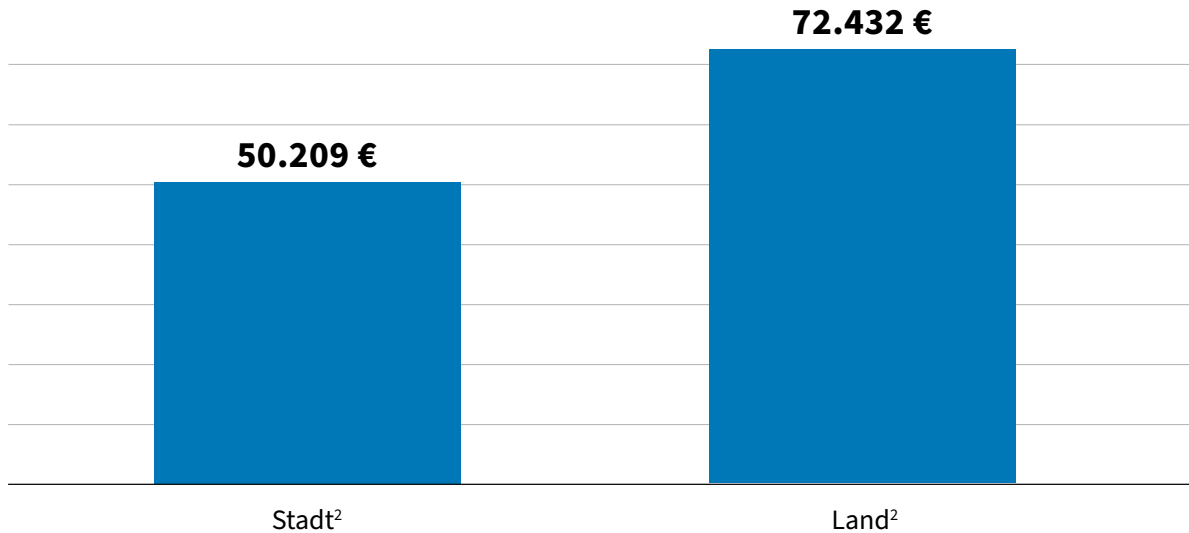
Ankerregion Lübeck und Landkreis Nordfriesland im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
 Stand April 2022

Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

Stadt und Land im Vergleich



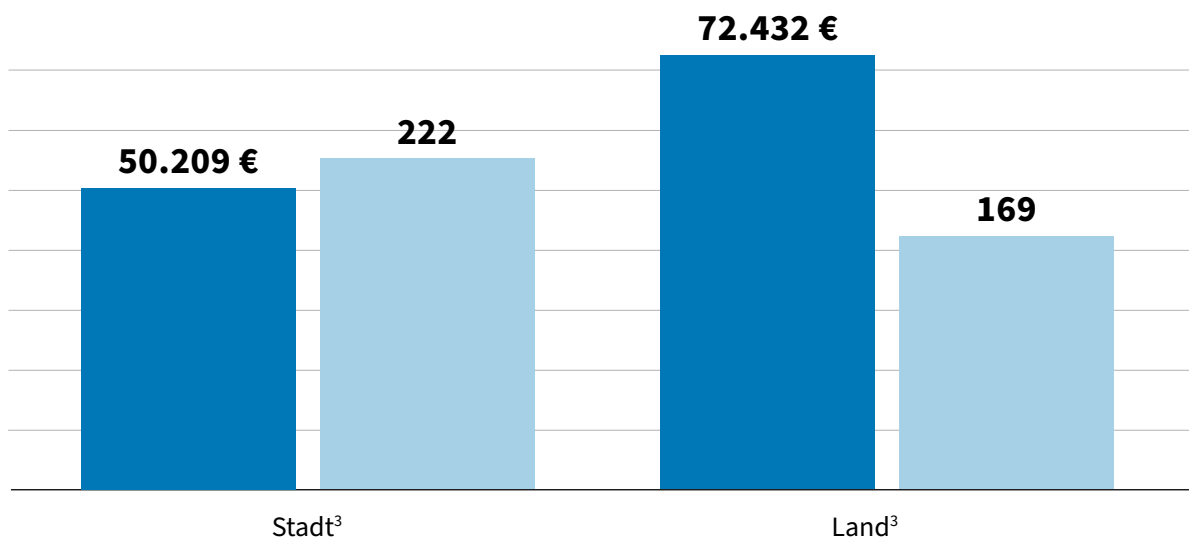
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

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

Stand April 2022

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 Januar 2021



Verband der Privaten
Krankenversicherung

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