



PKV-Regionalatlas Niedersachsen & Bremen

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Pavel Asadov





Verband der Privaten
Krankenversicherung



PKV-Regionalatlas Niedersachsen & Bremen

Beitrag der Privatversicherten
zur medizinischen Versorgung in den Regionen

Pavel Asadov

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 – 0

Heidestraße 40, 10557 Berlin

Telefon: (030) 20 45 89-20

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

September 2022

ISBN: 978-3-9820833-7-7

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 Niedersachsen und Bremen	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Niedersachsen und Bremen	13
2.2.1 Strukturdaten	13
2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	15
2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	18
2.3 Raumordnungsregionen in Niedersachsen und Bremen	21
2.3.1 Strukturdaten	22
2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	23
2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	25
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	27
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	27
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	28
3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	32
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	35
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	36
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	37
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	38
5 Rangordnungen und Rankings	40
5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	40
5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen	42
5.3 Ranking nach Ankerregionen	43
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	45
Anhang	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Niedersachsen und Bremen	
Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	12
Tabelle 2: Strukturdaten	
Kreisfreie Städte und Landkreise in Niedersachsen und Bremen	13
Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Niedersachsen und Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	15
Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Niedersachsen und Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	17
Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	18
Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	20
Tabelle 5: Strukturdaten	
Raumordnungsregionen in Niedersachsen und Bremen	22
Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Umsätze in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	24
Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner	
Regional verbleibende Mehrumsätze in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	24
Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	25
Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	26
Tabelle 8: Gesamtkosten-Index	
Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes)	31
Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr	33
Tabelle 10: (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen	
Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Niedersachsen und Bremen)	36
Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen	
Altersadjustierte Realwert-Analyse (Niedersachsen und Bremen)	37
Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse	
Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?	39

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	41
Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	42
Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	44

Kartenverzeichnis

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung.....	55
Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte nach Landkreisen und kreisfreien Städten	56
Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte nach Raumordnungsregionen	57
Abbildung 4: PKV-Marktanteil nach Landkreisen und kreisfreien Städten	58
Abbildung 5: PKV-Marktanteil nach Raumordnungsregionen.....	59
Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten	60
Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Raumordnungsregionen	61
Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	62
Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	63
Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	64
Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	65
Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Großraum Hannover und Landkreis Uelzen im Vergleich.....	66
Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Ankerregion Osnabrück und Landkreis Lüchow-Dannenberg im Vergleich	66
Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Großraum Hannover und Landkreis Emsland im Vergleich.....	67
Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Ankerregion Osnabrück und Landkreis Heidekreis im Vergleich	67
Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Stadt und Land im Vergleich	68
Abbildung 17: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte Stadt und Land im Vergleich	68

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

1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁸ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnt“ sei.⁹

Dennoch ist – wenn vom überproportionalen Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Versorgung in Deutschland die Rede ist – Kritik nicht weit. Die Existenz von Privatversicherten widerspräche dem Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse. Privatversicherte seien ungleich verteilt. Die Private Krankenversicherung wäre auf dem Land „nicht vorhanden“.¹⁰ Nur die Ballungszentren würden von den Mehrumsätzen als überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren. Regionen, „die es nötig hätten“, gingen leer aus.¹¹ Deshalb seien „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“.¹² Infolgedessen würden vereinzelte Privatversicherte im ländlichen Raum eine fast ausschließlich von der GKV sichergestellte und finanzierte medizinische Versorgungsstruktur unentgeltlich nutzen. Deshalb sei gegebenenfalls in wirtschaftsschwächeren Gebieten – wie zum Beispiel dem Bayerischen Wald oder der Uckermark – für die Behandlung von Privatversicherten eine „Netzgebühr“ zu fordern.¹³

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

1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16 Vgl. <https://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privat-versicherung-praxis> (abgerufen am 12.7.2020).

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

Landkreise und kreisfreie Städte sind bekannte, nicht zu erläuternde Gebietskörperschaften. Die Landkreise und kreisfreien Städte wiederum sind Ausgangspunkt, um nach regionalen, wirtschaftlichen und geografischen Strukturmerkmalen Ankerregionen zu bilden. Die sogenannten Raumordnungsregionen sind dagegen in der Regel – im Vergleich zu den Ankerregionen – als sehr viel „weiträumiger“ zu betrachten. Die 96 in Deutschland existierenden Raumordnungsregionen stellen ein Beobachtungs- und Analyseraster des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) dar. Sie berücksichtigen fast immer die Grenzen der Bundesländer¹⁷ und setzen sich aus mehreren kreisfreien Städten und/oder Landkreisen zusammen. Grundlage sind die wirtschaftlichen und soziodemografischen Strukturverflechtungen in den Regionen. Im Ergebnis berücksichtigt sowohl die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen als auch der ab Abschnitt 5.3 zu bildenden Ankerregionen, dass Großstädte, Städte und 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 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 Niedersachsen mit Bremen vor.

In Niedersachsen und Bremen leben rund 8,7 Mio. Menschen. Das Gebiet erstreckt sich auf rund 48.000 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 Niedersachsen und Bremen ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Niedersachsen und Bremen nicht nur auf eine Darstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahle in den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten wo in Niedersachsen inklusive Bremen 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 ein Viertel 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 Niedersachsen und Bremen 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 Niedersachsen und Bremen

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 rund 0,85 Mio. privatversicherte Menschen die medizinische Infrastruktur in Niedersachsen und Bremen. Damit sind in Niedersachsen und Bremen 9,7 % der Bevölkerung privatversichert.²¹

Die Privatversicherten in Niedersachsen und Bremen lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich für ganz Niedersachsen und Bremen auf 3,64 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 1,12 Mrd. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur in Niedersachsen und Bremen 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 Heilmittelbringer 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 Niedersachsens und Bremens verbleibenden Umsätze 2,85 Mrd. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner in Höhe von rund 329 €. Von den in Niedersachsen und Bremen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden

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 Niedersachsen inklusive Bremen von 8,68 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2020) entspricht das einem Marktanteil von ca. 9,73 %.

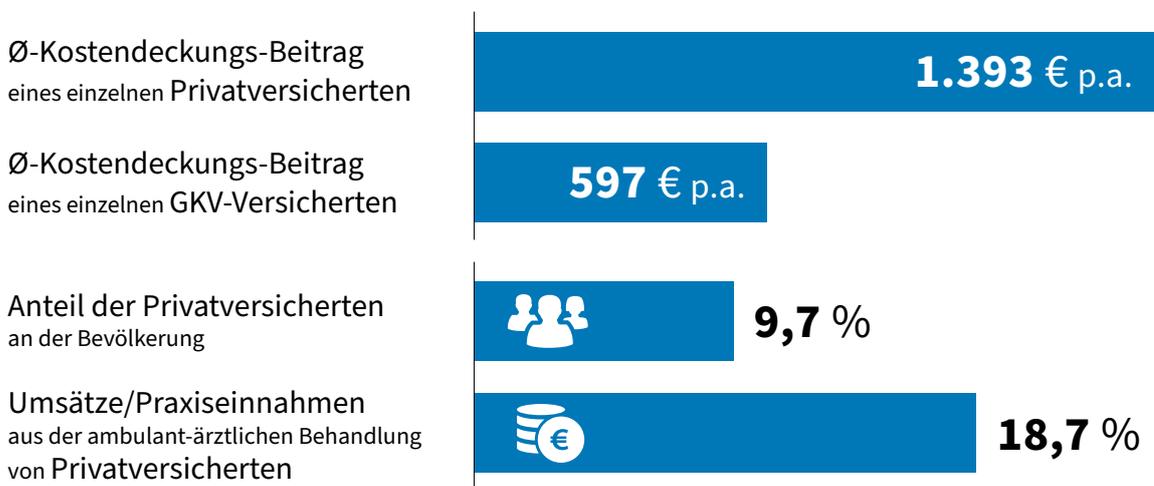
Umsätzen lassen sich 1,18 Mrd. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²² zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Umsätze der Privatversicherten – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der ambulant tätigen Ärzte beziehen.

Für Niedersachsen und Bremen hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Umsätze in Höhe von rund 89.700 € (79.200 €) entstehen.^{23 24} Diese Umsatzgrößen lassen sich mit den erzielten Gesamtumsätzen der Ärzte in den ambulanten Praxen und Versorgungseinheiten in Verbindung bringen. Im Durchschnitt erzielen in Niedersachsen und Bremen Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 18,7 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Niedersachsen und Bremen nur 9,7 % der Bevölkerung privat versichert sind.

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

Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

Kosten-Deckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Niedersachsen & Bremen



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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 Niedersachsen mit Bremen in 2018 13.121 ambulant niedergelassene beziehungsweise 14.857 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 (Privatversicherten-Ausgaben für ambulant-ärztliche Versorgung: 12,15 Mrd. €, davon 1,18 Mrd. € in Niedersachsen + Bremen) / (Zahl der Privatversicherten: 8,72 Mio., davon 845.275 in Niedersachsen + Bremen).

26 (GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung: 43,78 Mrd. €, davon 4,67 Mrd. € in Niedersachsen + Bremen) / (Zahl der GKV-Versicherten: 73,274 Mio., davon 7,84 Mio. GKV-Versicherte in Niedersachsen + Bremen), vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln.

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 Niedersachsen und Bremen ein Gesamtbetrag in Höhe von 1,02 Mrd. € jährlich. Das entspricht einem Mehrumsatz je Einwohner in Höhe von rund 118 €. Von den in Niedersachsen und Bremen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 617 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²⁷ zurückführen. Für Niedersachsen und Bremen hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 47.000 € (41.500 €) jährlich entstehen.^{28 29} Mehrumsätze, die dem Gesundheitssystem in Niedersachsen und Bremen ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen würden.

Tabelle 1: Niedersachsen und Bremen

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	171
PKV-Marktanteil	9,7%
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	3,64 Mrd. €
Mehrumsätze (jährlich)	1,12 Mrd. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Umsätze¹	
insgesamt (jährlich)	2,85 Mrd. €
je Einwohner	329 €
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	1,18 Mrd. €
je Einwohner	118 €
regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	1,02 Mrd. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	89.700 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	79.200 € ²
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	617 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	47.000 € ²
je ambulant tätigem Arzt	41.500 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

28 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es 2018 in Niedersachsen mit Bremen 13.121 ambulant niedergelassene und 14.857 ambulant tätige Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

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

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Niedersachsen und Bremen

Wie in ganz Deutschland gibt es in Niedersachsen mit Bremen 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

Niedersachsen mit Bremen unterteilt sich in 36 Landkreise, 10 kreisfreie Städte und in 1 als Landkreis organisierten Regionalverband (Hannover). Von diesen kreisfreien Städten und Landkreisen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 7 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 10 als verstärkter Landkreis/Regionalverband (Kreistyp 2), 15 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 15 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.³⁰ Der Regionalverband Hannover ist mit rund 1.155.000 Einwohnern die einwohnerstärkste Region in Niedersachsen. Die Stadt Bremen hat als kreisfreie Stadt mit rund 567.000 Menschen die meisten Einwohner. Folglich sind im Regionalverband Hannover mit 2283 Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 264 (108) Ärzten je 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Osnabrück (im Landkreis Cloppenburg) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Niedersachsen und Bremen

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Niedersachsen & Bremen	-	8,68 Mio.	14.857	13.121	171
Landkreis Ammerland	2	125.643	179	171	142
Landkreis Aurich	3	190.178	268	237	141
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	248.561	578	505	233
Kreisfreie Stadt Bremen	1	566.573	1307	1218	231
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	113.557	245	218	216
Landkreis Celle	4	179.386	304	275	169
Landkreis Cloppenburg	3	172.632	187	165	108
Landkreis Cuxhaven	4	198.826	254	209	128
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	77.503	134	121	173
Landkreis Diepholz	3	218.072	255	239	117
Kreisfreie Stadt Emden	3	49.874	102	83	205
Landkreis Emsland	4	328.930	468	371	142

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

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Landkreis Friesland	2	98.971	170	146	172
Landkreis Gifhorn	4	177.227	194	168	109
Landkreis Goslar	3	134.688	244	197	181
Landkreis Göttingen	2	323.900	734	602	227
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	137.891	193	182	140
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	148.580	267	243	180
Regionalverband Hannover	2	1.155.330	2.283	2.064	198
Landkreis Harburg	2	256.016	346	315	135
Landkreis Heidekreis	4	140.885	216	194	153
Landkreis Helmstedt	3	91.518	129	110	141
Landkreis Hildesheim	2	275.464	467	408	170
Landkreis Holzminden	4	70.207	108	88	154
Landkreis Leer	3	171.483	261	224	152
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	48.503	93	67	192
Landkreis Lüneburg	4	184.235	348	321	189
Landkreis Nienburg (Weser)	4	121.645	153	147	126
Landkreis Northeim	4	131.772	244	213	185
Landkreis Oldenburg	3	131.467	150	128	114
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	169.605	432	384	255
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	164.223	433	346	264
Landkreis Osnabrück	3	359.471	511	442	142
Landkreis Osterholz	2	114.640	158	138	138
Landkreis Peine	2	135.844	182	167	134
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	164.486	221	193	134
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	103.866	185	159	178
Landkreis Schaumburg	2	158.406	226	215	143
Landkreis Stade	3	205.357	280	234	136
Landkreis Uelzen	4	92.566	179	146	193
Landkreis Vechta	3	143.698	206	180	143
Landkreis Verden	3	137.574	191	188	139
Landkreis Wesermarsch	4	88.524	117	94	132
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	75.189	165	156	219
Landkreis Wittmund	4	57.384	75	70	131
Landkreis Wolfenbüttel	3	119.361	178	170	149
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	123.840	237	210	191

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 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 Niedersachsen inklusive Bremen leben die meisten Privatversicherten in der kreisfreien Stadt Oldenburg. Mit einem PKV-Marktanteil von 15,6 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in dieser Region des Kreistyps 1 (vgl. Abbildung 4 im Anhang) über dem Durchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 5,1 % in der kreisfreien Stadt Salzgitter (Kreistyp 1). Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Niedersachsens ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 11,8 Mio. € (kreisfreie Stadt Emden) beziehungsweise von 171 € je Einwohner (kreisfreie Stadt Salzgitter) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 171 € bis 528 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Niedersachsen inklusive Bremen und Bremerhaven bei 329 € je Einwohner.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Niedersachsen & Bremen	-	2,85 Mrd. €	329 €
Landkreis Ammerland	2	50.302.505 €	400 €
Landkreis Aurich	3	56.765.559 €	298 €
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	101.410.674 €	408 €
Kreisfreie Stadt Bremen	1	146.261.642 €	258 €
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	22.352.726 €	197 €
Landkreis Celle	4	70.607.355 €	394 €
Landkreis Cloppenburg	3	39.030.315 €	226 €
Landkreis Cuxhaven	4	71.093.593 €	358 €
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	15.265.016 €	197 €
Landkreis Diepholz	3	60.545.434 €	278 €
Kreisfreie Stadt Emden	3	11.758.428 €	236 €
Landkreis Emsland	4	90.688.607 €	276 €
Landkreis Friesland	2	43.392.255 €	438 €
Landkreis Gifhorn	4	51.069.128 €	288 €
Landkreis Goslar	3	40.549.363 €	301 €
Landkreis Göttingen	2	95.749.735 €	296 €
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	34.498.014 €	250 €
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	45.759.557 €	308 €
Regionalverband Hannover	2	461.350.602 €	399 €
Landkreis Harburg	2	110.943.768 €	433 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Landkreis Heidekreis	4	47.906.810 €	340 €
Landkreis Helmstedt	3	23.492.012 €	257 €
Landkreis Hildesheim	2	98.248.357 €	357 €
Landkreis Holzminden	4	16.911.835 €	241 €
Landkreis Leer	3	44.084.345 €	257 €
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	14.615.517 €	301 €
Landkreis Lüneburg	4	90.347.885 €	490 €
Landkreis Nienburg (Weser)	4	33.603.621 €	276 €
Landkreis Northeim	4	36.556.538 €	277 €
Landkreis Oldenburg	3	47.821.630 €	364 €
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	89.559.968 €	528 €
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	62.880.794 €	383 €
Landkreis Osnabrück	3	96.846.431 €	269 €
Landkreis Osterholz	2	38.969.979 €	340 €
Landkreis Peine	2	41.731.240 €	307 €
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	50.007.924 €	304 €
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	17.770.736 €	171 €
Landkreis Schaumburg	2	55.111.642 €	348 €
Landkreis Stade	3	65.837.259 €	321 €
Landkreis Uelzen	4	31.963.901 €	345 €
Landkreis Vechta	3	43.260.936 €	301 €
Landkreis Verden	3	44.488.951 €	323 €
Landkreis Wesermarsch	4	18.856.785 €	213 €
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	31.900.015 €	424 €
Landkreis Wittmund	4	18.931.318 €	330 €
Landkreis Wolfenbüttel	3	47.310.548 €	396 €
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	26.249.723 €	212 €

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 Niedersachsen und Bremen entsteht in allen Regionen bei Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 4,2 Mio. € (kreisfreie Stadt Emden) beziehungsweise von 61 € je Einwohner (kreisfreie Stadt Salzgitter) 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 61 € bis 189 € je Einwohner. Der Durchschnitt liegt in Niedersachsen inklusive Bremen bei Mehrumsätzen von 118 € je Einwohner.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Niedersachsen & Bremen	-	1,02 Mrd. €	118 €
Landkreis Ammerland	2	17.998.564 €	143 €
Landkreis Aurich	3	20.311.087 €	107 €
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	36.285.400 €	146 €
Kreisfreie Stadt Bremen	1	52.333.369 €	92 €
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	7.997.951 €	70 €
Landkreis Celle	4	25.263.772 €	141 €
Landkreis Cloppenburg	3	13.965.301 €	81 €
Landkreis Cuxhaven	4	25.437.751 €	128 €
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	5.461.922 €	70 €
Landkreis Diepholz	3	21.663.551 €	99 €
Kreisfreie Stadt Emden	3	4.207.242 €	84 €
Landkreis Emsland	4	32.448.975 €	99 €
Landkreis Friesland	2	15.526.032 €	157 €
Landkreis Gifhorn	4	18.272.867 €	103 €
Landkreis Goslar	3	14.508.826 €	108 €
Landkreis Göttingen	2	34.259.879 €	106 €
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	12.343.614 €	90 €
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	16.373.068 €	110 €
Regionalverband Hannover	2	165.074.253 €	143 €
Landkreis Harburg	2	39.696.403 €	155 €
Landkreis Heidekreis	4	17.141.369 €	122 €
Landkreis Helmstedt	3	8.405.595 €	92 €
Landkreis Hildesheim	2	35.153.902 €	128 €
Landkreis Holzminden	4	6.051.165 €	86 €
Landkreis Leer	3	15.773.666 €	92 €
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	5.229.527 €	108 €
Landkreis Lüneburg	4	32.327.062 €	175 €
Landkreis Nienburg (Weser)	4	12.023.595 €	99 €
Landkreis Northeim	4	13.080.167 €	99 €
Landkreis Oldenburg	3	17.110.891 €	130 €
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	32.045.140 €	189 €
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	22.499.158 €	137 €
Landkreis Osnabrück	3	34.652.284 €	96 €
Landkreis Osterholz	2	13.943.712 €	122 €
Landkreis Peine	2	14.931.710 €	110 €
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	17.893.161 €	109 €
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	6.358.485 €	61 €
Landkreis Schaumburg	2	19.719.305 €	124 €
Landkreis Stade	3	23.557.001 €	115 €
Landkreis Uelzen	4	11.436.892 €	124 €
Landkreis Vechta	3	15.479.045 €	108 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Landkreis Verden	3	15.918.437 €	116 €
Landkreis Wesermarsch	4	6.747.081 €	76 €
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	11.414.033 €	152 €
Landkreis Wittmund	4	6.773.749 €	118 €
Landkreis Wolfenbüttel	3	16.928.023 €	142 €
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	9.392.322 €	76 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Umsätzen (Mehrumsätzen) entfallen in Niedersachsen inklusive Bremen 1,18 Mrd. € (617 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 1,18 Mrd. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4a). Fast dreiviertel der Landkreise des Kreistyps 4 – dünn besiedelt ländlicher Kreis – weisen überdurchschnittliche Umsätze durch Privatversicherte auf. In der Gesamtbilanz wird in Niedersachsen und Bremen je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 42.273 € (kreisfreie Stadt Bremerhaven) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 42.273 € (kreisfreie Stadt Bremerhaven/Kreistyp 1) und 154.030 € (Landkreis Oldenburg/Kreistyp 3). Der Durchschnitt liegt bei rund 89.700 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen 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
Niedersachsen & Bremen	-	1,18 Mrd. €	79.200 €²	89.700 €²
Landkreis Ammerland	2	20.738.704 €	115.859 €	121.279 €
Landkreis Aurich	3	23.403.290 €	87.326 €	98.748 €
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	41.809.567 €	72.335 €	82.791 €
Kreisfreie Stadt Bremen	1	60.300.713 €	46.137 €	49.508 €
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	9.215.576 €	37.615 €	42.273 €
Landkreis Celle	4	29.109.983 €	95.757 €	105.854 €
Landkreis Cloppenburg	3	16.091.408 €	86.050 €	97.524 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Cuxhaven	4	29.310.448 €	115.395 €	140.241 €
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	6.293.457 €	46.966 €	52.012 €
Landkreis Diepholz	3	24.961.656 €	97.889 €	104.442 €
Kreisfreie Stadt Emden	3	4.847.762 €	47.527 €	58.407 €
Landkreis Emsland	4	37.389.076 €	79.891 €	100.779 €
Landkreis Friesland	2	17.889.748 €	105.234 €	122.533 €
Landkreis Gifhorn	4	21.054.767 €	108.530 €	125.326 €
Landkreis Goslar	3	16.717.681 €	68.515 €	84.861 €
Landkreis Göttingen	2	39.475.676 €	53.782 €	65.574 €
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	14.222.833 €	73.693 €	78.147 €
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	18.865.739 €	70.658 €	77.637 €
Regionalverband Hannover	2	190.205.50 €	83.314 €	92.154 €
Landkreis Harburg	2	45.739.868 €	132.196 €	145.206 €
Landkreis Heidekreis	4	19.751.008 €	91.440 €	101.809 €
Landkreis Helmstedt	3	9.685.281 €	75.080 €	88.048 €
Landkreis Hildesheim	2	40.505.808 €	86.736 €	99.279 €
Landkreis Holzminden	4	6.972.407 €	64.559 €	79.232 €
Landkreis Leer	3	18.175.083 €	69.636 €	81.139 €
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	6.025.682 €	64.792 €	89.936 €
Landkreis Lüneburg	4	37.248.603 €	107.036 €	116.039 €
Landkreis Nienburg (Weser)	4	13.854.092 €	90.550 €	94.246 €
Landkreis Northeim	4	15.071.520 €	61.769 €	70.758 €
Landkreis Oldenburg	3	19.715.889 €	131.439 €	154.030 €
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	36.923.761 €	85.472 €	96.156 €
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	25.924.478 €	59.872 €	74.926 €
Landkreis Osnabrück	3	39.927.822 €	78.137 €	90.334 €
Landkreis Osterholz	2	16.066.533 €	101.687 €	116.424 €
Landkreis Peine	2	17.204.945 €	94.533 €	103.024 €
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	20.617.254 €	93.291 €	106.825 €
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	7.326.515 €	39.603 €	46.079 €
Landkreis Schaumburg	2	22.721.414 €	100.537 €	105.681 €
Landkreis Stade	3	27.143.369 €	96.941 €	115.997 €
Landkreis Uelzen	4	13.178.069 €	73.620 €	90.261 €
Landkreis Vechta	3	17.835.608 €	86.581 €	99.087 €
Landkreis Verden	3	18.341.894 €	96.031 €	97.563 €
Landkreis Wesermarsch	4	7.774.270 €	66.447 €	82.705 €
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	13.151.730 €	79.707 €	84.306 €
Landkreis Wittmund	4	7.804.999 €	104.067 €	111.500 €
Landkreis Wolfenbüttel	3	19.505.181 €	109.580 €	114.736 €
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	10.822.229 €	45.663 €	51.534 €

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 Niedersachsen inklusive Bremen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 617 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4b). Fast dreiviertel der Landkreise des Kreistyps 4 – dünn besiedelter ländlicher Kreis – weisen überdurchschnittliche Mehrumsätze auf. In der Gesamtbilanz wird in Niedersachsen inklusive Bremen je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 22.151 € (kreisfreie Stadt Bremerhaven) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 22.151 € (kreisfreie Stadt Bremerhaven/Kreistyp 3) und 80.713 € (Landkreis Oldenburg/Kreistyp 3). Der Durchschnitt liegt bei rund 47.000 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen 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
Niedersachsen & Bremen	-	617 Mio. €	41.500 €²	47.000 €²
Landkreis Ammerland	2	10.867.175 €	60.710 €	63.551 €
Landkreis Aurich	3	12.263.431 €	45.759 €	51.744 €
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	21.908.403 €	37.904 €	43.383 €
Kreisfreie Stadt Bremen	1	31.597.848 €	24.176 €	25.942 €
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	4.829.004 €	19.710 €	22.151 €
Landkreis Celle	4	15.253.763 €	50.177 €	55.468 €
Landkreis Cloppenburg	3	8.431.971 €	45.091 €	51.103 €
Landkreis Cuxhaven	4	15.358.808 €	60.468 €	73.487 €
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	3.297.800 €	24.610 €	27.255 €
Landkreis Diepholz	3	13.080.022 €	51.294 €	54.728 €
Kreisfreie Stadt Emden	3	2.540.249 €	24.904 €	30.605 €
Landkreis Emsland	4	19.592.046 €	41.863 €	52.809 €
Landkreis Friesland	2	9.374.309 €	55.143 €	64.208 €
Landkreis Gifhorn	4	11.032.794 €	56.870 €	65.671 €
Landkreis Goslar	3	8.760.141 €	35.902 €	44.468 €
Landkreis Göttingen	2	20.685.434 €	28.182 €	34.361 €
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	7.452.829 €	38.616 €	40.950 €
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	9.885.733 €	37.025 €	40.682 €
Regionalverband Hannover	2	99.668.552 €	43.657 €	48.289 €
Landkreis Harburg	2	23.967.899 €	69.271 €	76.089 €
Landkreis Heidekreis	4	10.349.618 €	47.915 €	53.349 €
Landkreis Helmstedt	3	5.075.131 €	39.342 €	46.138 €
Landkreis Hildesheim	2	21.225.227 €	45.450 €	52.023 €
Landkreis Holzminden	4	3.653.573 €	33.829 €	41.518 €
Landkreis Leer	3	9.523.826 €	36.490 €	42.517 €
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	3.157.485 €	33.951 €	47.127 €
Landkreis Lüneburg	4	19.518.438 €	56.087 €	60.805 €
Landkreis Nienburg (Weser)	4	7.259.607 €	47.448 €	49.385 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Northeim	4	7.897.545 €	32.367 €	37.078 €
Landkreis Oldenburg	3	10.331.216 €	68.875 €	80.713 €
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	19.348.219 €	44.788 €	50.386 €
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	13.584.544 €	31.373 €	39.262 €
Landkreis Osnabrück	3	20.922.360 €	40.944 €	47.336 €
Landkreis Osterholz	2	8.418.936 €	53.284 €	61.007 €
Landkreis Peine	2	9.015.469 €	49.536 €	53.985 €
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	10.803.535 €	48.885 €	55.977 €
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	3.839.127 €	20.752 €	24.145 €
Landkreis Schaumburg	2	11.906.124 €	52.682 €	55.377 €
Landkreis Stade	3	14.223.249 €	50.797 €	60.783 €
Landkreis Uelzen	4	6.905.368 €	38.577 €	47.297 €
Landkreis Vechta	3	9.345.940 €	45.369 €	51.922 €
Landkreis Verden	3	9.611.236 €	50.321 €	51.124 €
Landkreis Wesermarsch	4	4.073.753 €	34.818 €	43.338 €
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	6.891.567 €	41.767 €	44.177 €
Landkreis Wittmund	4	4.089.855 €	54.531 €	58.426 €
Landkreis Wolfenbüttel	3	10.220.803 €	57.420 €	60.122 €
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	5.670.897 €	23.928 €	27.004 €

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 Niedersachsen und Bremen

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

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel skizzieren. Die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven wird – außer vom Meer – vollständig vom Landkreis Friesland umschlossen. Die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven und der Landkreis Friesland sind damit soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verflochten. Der Landkreis Friesland hat rund 99.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven lediglich 75.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Wilhelmshaven mit 219 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Friesland liegt (172 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 Friesland mit einem PKV-Marktanteil von 13,0 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven (12,6 %), 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 Wilhelmshaven (des Landkreises Friesland) die relativ niedrigen (hohen) Umsätze und Mehrumsätze der Privatversicherten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Friesland entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Umsätze (Mehrumsätze) in Höhe von 122.533 € (64.208 €) jährlich. In der direkt angrenzenden Stadt Wilhelmshaven liegen diese Umsätze (Mehrumsätze) je niedergelassenem Arzt bei nur rund 84.306 € (44.177 €). 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 Abhilfe schaffen. Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich häufig „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil z. B. 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 14 Raumordnungsregionen in den Bundesländern Niedersachsen und Bremen. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zwei Raumordnungsregionen als städtische Regionen (Regionstyp 1)³¹ und acht als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) definiert. Vom Regionstyp 3 – ländliche Regionen mit dünner Besiedlung – existieren nach Definition des BBSR in Niedersachsen und Bremen vier Raumordnungsregionen. Die einwohnerstärkste Raumordnungsregion ist Hannover (Regionstyp 1). Dort leben fast 1,44 Mio. Menschen. Die sehr ländliche Raumordnungsregion Südheide (Regionstyp 3) fasst den Heidekreis und den Landkreis Celle zusammen. Hier leben nur rund 320.000 Einwohner.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Niedersachsen und Bremen

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Niedersachsen & Bremen	-	8,68 Mio.	14.857	13.121	171
Bremen	1	566.573	1.307	1.218	231
Braunschweig	2	1.134.905	1.927	1.686	170
Bremen-Umland	2	547.789	738	686	135
Bremerhaven	2	400.907	616	521	154
Emsland	3	466.821	661	553	142
Göttingen	2	525.879	1.086	903	207
Hamburg-Umland-Süd	3	625.859	847	742	135
Hannover	1	1.435.381	2.662	2.426	185
Hildesheim	2	424.044	734	651	173
Lüneburg	3	325.304	620	534	191
Oldenburg	2	599.347	948	848	158

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

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Osnabrück	2	667.392	1.150	968	172
Ost-Friesland	2	643.079	1.041	916	162
Südheide	3	320.271	520	469	162

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.

Die Ärztedichte ist mit 231 (135) ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner in der Raumordnungsregion Bremen (Hamburg-Umland-Süd/Bremen-Umland) 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 108 (Landkreis Cloppenburg) und 264 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner (kreisfreie Stadt Osnabrück), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 135 bis 231 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 – mit Ausnahme der Hansestadt Bremen³² – vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen vergleichbaren absoluten und relativen Beitrag die Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur in welchen Regionen hinterlassen.

In den Bundesländern Niedersachsen und Bremen leben die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Lüneburg (Regionstyp 3). Mit einem PKV-Marktanteil von 12,5 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl deutlich über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 5 im Anhang). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 7,6 % in der großstädtischen Raumordnungsregion Bremen (Regionstyp 1). Damit gibt es sowohl in großstädtischen, städtischen als auch ländlicheren Raumordnungsregionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen Betrag von 258 € je Einwohner (Raumordnungsregion Bremen) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Niedersachsen inklusive Bremen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 258 € bis zu 421 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [171 € bis 528 €] ist die „Umsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Niedersachsen inklusive Bremen bei 329 € je Einwohner.

32 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 „in“ Niedersachsen liegenden Hansestadt Bremen ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Bremen bildet die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Bremen gehören. Um dieses Defizit zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

 Regional verbleibende Umsätze¹ in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Niedersachsen & Bremen	-	2,85 Mrd. €	329 €
Bremen	1	146.261.642 €	258 €
Braunschweig	2	349.583.425 €	308 €
Bremen-Umland	2	159.269.381 €	291 €
Bremerhaven	2	112.303.103 €	280 €
Emsland	3	125.186.621 €	268 €
Göttingen	2	149.220.506 €	284 €
Hamburg-Umland-Süd	3	226.788.951 €	362 €
Hannover	1	550.065.865 €	383 €
Hildesheim	2	144.007.914 €	340 €
Lüneburg	3	136.927.303 €	421 €
Oldenburg	2	226.714.418 €	378 €
Osnabrück	2	202.988.160 €	304 €
Ost-Friesland	2	206.831.921 €	322 €
Südheide	3	118.514.165 €	370 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Auch in den Raumordnungsregionen ergeben sich aus den Umsätzen – als Teilmenge – die Mehrumsätze der Privatversicherten. Die Mehrumsätze stellen den Beitrag zur medizinischen Versorgung in Niedersachsen und Bremen dar, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe. In den Raumordnungsregionen Niedersachsens inklusive Bremen entsteht ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 92 € je Einwohner (Raumordnungsregion Bremen) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Niedersachsen inklusive Bremen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6b nachzuvollziehende und in Abbildung 7 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 92 € bis zu 151 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [61 € bis 189 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei 118 €.

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

 Regional verbleibende Mehrumsätze¹ in Niedersachsen und Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Niedersachsen & Bremen	-	1,02 Mrd. €	118 €
Bremen	1	52.333.369 €	92 €
Braunschweig	2	125.083.228 €	110 €

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Bremen-Umland	2	56.987.623 €	104 €
Bremerhaven	2	40.182.782 €	100 €
Emsland	3	44.792.589 €	96 €
Göttingen	2	53.392.070 €	102 €
Hamburg-Umland-Süd	3	81.146.565 €	130 €
Hannover	1	196.817.152 €	137 €
Hildesheim	2	51.526.970 €	122 €
Lüneburg	3	48.993.481 €	151 €
Oldenburg	2	81.119.897 €	135 €
Osnabrück	2	72.630.487 €	109 €
Ost-Friesland	2	74.005.809 €	115 €
Südheide	3	42.405.141 €	132 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die in den Regionen verbleibenden Umsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Niedersachsen und Bremen auf 1,18 Mrd. € p.a. Davon profitieren vor allem auch relativ ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7a). Ein ambulanter „Sockel-Umsatz“ von 49.508 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Bremen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Niedersachsen inklusive Bremen je niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 49.508 € und 126.011 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 42.273 € und 154.030 €] ist die „Umsatzspanne“ je niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei rund 89.700 €.

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen 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
Niedersachsen & Bremen	-	1,18 Mrd. €	79.200 €²	89.700€²
Bremen	1	60.300.713 €	46.137 €	49.508 €
Braunschweig	2	144.126.166 €	74.793 €	85.484 €
Bremen-Umland	2	65.663.540 €	88.975 €	95.719 €
Bremerhaven	2	46.300.295 €	75.163 €	88.868 €
Emsland	3	51.611.908 €	78.082 €	93.331 €
Göttingen	2	61.520.592 €	56.649 €	68.129 €
Hamburg-Umland-Süd	3	93.500.491 €	110.390 €	126.011 €

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Hannover	1	226.781.016 €	85.192 €	93.479 €
Hildesheim	2	59.371.546 €	80.888 €	91.201 €
Lüneburg	3	56.452.354 €	91.052 €	105.716 €
Oldenburg	2	93.469.763 €	98.597 €	110.224 €
Osnabrück	2	83.687.907 €	72.772 €	86.454 €
Ost-Friesland	2	85.272.612 €	81.914 €	93.092 €
Südheide	3	48.860.990 €	93.963 €	104.181 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d.h. 1 = Städtische Region, 2 = Ländliche Region mit Verstärkeransätzen, 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 Niedersachsen und Bremen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 617 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7b). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 25.942 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Bremen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Niedersachsen inklusive Bremen je niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 25.942 € und 66.031 € (vgl. Abbildung 10). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 22.151 € und 80.713 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassenem Arzt damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt bei rund 47.000 €.

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen 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
Niedersachsen & Bremen	-	617 Mio. €	41.500 €²	47.000 €²
Bremen	1	31.597.848 €	24.176 €	25.942 €
Braunschweig	2	75.522.767 €	39.192 €	44.794 €
Bremen-Umland	2	34.407.994 €	46.623 €	50.157 €
Bremerhaven	2	24.261.565 €	39.386 €	46.567 €
Emsland	3	27.044.875 €	40.915 €	48.906 €
Göttingen	2	32.237.070 €	29.684 €	35.700 €
Hamburg-Umland-Süd	3	48.994.683 €	57.845 €	66.031 €
Hannover	1	118.834.284 €	44.641 €	48.984 €
Hildesheim	2	31.110.960 €	42.386 €	47.789 €
Lüneburg	3	29.581.290 €	47.712 €	55.396 €
Oldenburg	2	48.978.581 €	51.665 €	57.758 €
Osnabrück	2	43.852.844 €	38.133 €	45.303 €

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Ost-Friesland	2	44.683.237 €	42.923 €	48.781 €
Südheide	3	25.603.381 €	49.237 €	54.591 €

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 (Abschnitt 4) auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.

3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten

Die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur hängt regional nicht nur von der Zahl der Privatversicherten, sondern auch vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich öfter eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren und damit auch mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte. In diesem Zusammenhang ist unter anderem in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVA) von altersabhängigen Kopfschäden die Rede. Die Kopfschäden sind nach § 6 KVA 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.³³

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 46,74³⁴; in Niedersachsen mit Bremen bei 47,87 Jahren.³⁵ In größeren Städten wie zum Beispiel der Universitätsstadt Osnabrück (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 45,84 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 56,23 Jahren unter anderem im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Kreistyp 4).

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

Bei der Betrachtung von regionalen Mehrumsätzen legt die Berücksichtigung von regionalen Altersstrukturen der Privatversicherten offen, dass die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen in urbanen Zentren häufig (leicht) überschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die in der Universitätsstadt Osnabrück (Kreistyp 1) regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 137 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Osnabrück aber nur bei altersadjustierten 131 € je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Osnabrück altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 37.067 € an. Nach PKV-Marktanteilen sind die Mehrumsätze vorab auf 39.262 € quantifiziert worden.

Ein umgekehrtes, sehr viel deutlicheres Bild ergibt sich bei relativ ländlichen Regionen. Hier stellen die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil in der Regel eine erhebliche Unterschätzung dar. So sind zum Beispiel die im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Kreistyp 4) oder im Landkreis Goslar (Kreistyp 3) verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen jeweils auf 108 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Landkreis Goslar) bei altersadjustierten 162 € (132 €) je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Landkreis Goslar) nicht 47.127 € (44.468 €), sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 70.664 € (54.577 €) 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.

³³ PKV-Kopfschadensstatistik.

³⁴ Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten liegt nur für die Private Pflegevollversicherung (PPV) vor.

³⁵ PKV-Verbandsstatistik.

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 Verbraucherpreise³⁶ 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 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.³⁷
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 22 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 11,4 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen.³⁸ 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 %.³⁹ 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.⁴⁰
- › **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.

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

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

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

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

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

- › **Praxiskosten und -aufwendungen, die deutschlandweit einheitlich oder quasieinheitlich sind, mit 15 %:**
Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 5,00 €/m² (Landkreis Holzminden/Kreistyp 4) und 9,78 €/m² (Stadt Wolfsburg/Kreistyp 1) entnehmen.^{41 42} Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2021). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Niedersachsen und Bremen zwischen 2.797 € (Landkreis Cloppenburg/Kreistyp 3) und 5.067 € (Stadt Wolfsburg/Kreistyp 1).^{43 44}

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.⁴⁵

Zur Berechnung der Teilindizes aller Kostenarten bedarf es nicht nur einer geeigneten Datenbasis, sondern jeweils auch einer normierten Vergleichsgröße. Im PKV-Regionalatlas Niedersachsen und Bremen entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt von Niedersachsen unter Einbezug von Bremen. 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 Empirica (2021), im Auftrag des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV).

42 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.

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

44 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 18.6.2022]. 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 Niedersachsen (ohne Bremen) die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in der „teuersten“ Region rund 20 % über den Gehältern in der „preiswertesten“ Region [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Niedersachsen, Stand 13.6.2022].

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

Tabelle 8: Gesamtkosten-Index

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

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen & Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamindex
Gewichtung	-	55 %	22 %	8 %	15 %	100 %
Niedersachsen & Bremen	-	100	100	100	100	100
Bremen	1	109,4	115,1	124,3	100,0	110,4
Kreisfreie Stadt Bremen	1	109,4	115,1	124,3	100,0	110,4
Braunschweig	2	110,0	97,23	151,0	100,0	109,0
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	111,1	113,0	184,9	100,0	115,7
Landkreis Gifhorn	4	101,0	100,0	50,2	100,0	96,6
Landkreis Goslar	3	91,6	76,5	70,7	100,0	87,9
Landkreis Helmstedt	3	88,0	78,8	50,2	100,0	84,7
Landkreis Peine	2	95,2	88,4	54,1	100,0	91,1
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	128,9	75,9	128,9	100,0	112,9
Landkreis Wolfenbüttel	3	96,6	92,0	51,4	100,0	92,5
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	152,2	128,5	455,1	100,0	163,4
Bremen-Umland	2	90,3	97,1	68,2	100,0	91,5
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	89,5	96,0	59,8	100,0	90,1
Landkreis Diepholz	3	90,0	92,7	75,2	100,0	90,9
Landkreis Osterholz	2	88,8	100,5	51,4	100,0	90,1
Landkreis Verden	3	92,7	101,0	78,5	100,0	94,5
Bremerhaven	2	98,8	79,5	74,5	100,0	92,8
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	102,1	76,5	87,5	100,0	95,0
Landkreis Cuxhaven	4	90,6	85,4	59,3	100,0	88,3
Landkreis Wesermarsch	4	109,9	73,3	80,4	100,0	98,0
Emsland	3	94,9	88,7	97,2	100,0	94,5
Landkreis Emsland	4	96,3	87,6	104,5	100,0	95,6
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	91,8	91,2	79,7	100,0	91,9
Göttingen	2	99,2	95,0	83,4	100,0	97,1
Landkreis Göttingen	2	100,7	119,7	89,3	100,0	103,9
Landkreis Holzminden	4	100,3	65,7	76,2	100,0	90,7
Landkreis Northeim	4	93,9	73,2	68,8	100,0	88,3
Hamburg-Umland-Süd	3	92,3	110,5	71,1	100,0	95,8
Landkreis Harburg	2	88,1	123,2	61,1	100,0	95,5
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	91,8	90,4	79,2	100,0	91,7
Landkreis Stade	3	97,9	110,6	77,1	100,0	99,4
Hannover	1	105,7	108,4	109,0	100,0	105,7
Landkreis Nienburg (Weser)	4	90,0	80,1	76,1	100,0	88,2
Region Hannover	2	108,0	113,0	115,7	100,0	108,5
Landkreis Schaumburg	2	92,7	81,1	63,7	100,0	88,9
Hildesheim	2	98,6	82,8	76,2	100,0	93,6

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen & Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamindex
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	100,2	76,3	85,2	100,0	93,7
Landkreis Hildesheim	2	97,7	86,4	71,1	100,0	93,5
Lüneburg	3	91,2	102,3	69,4	100,0	93,2
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	88,2	67,7	62,2	100,0	83,4
Landkreis Lüneburg	4	93,1	121,5	71,6	100,0	98,7
Landkreis Uelzen	4	89,0	82,9	69,0	100,0	87,7
Oldenburg	2	93,4	104,2	94,4	100,0	96,8
Landkreis Ammerland	2	90,2	99,3	77,9	100,0	92,7
Landkreis Cloppenburg	3	84,0	87,1	84,3	100,0	87,1
Landkreis Oldenburg	3	86,4	93,4	61,7	100,0	88,0
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	101,2	117,4	116,9	100,0	105,8
Osnabrück	2	94,6	97,6	100,5	100,0	96,5
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	102,8	110,7	125,7	100,0	105,9
Landkreis Osnabrück	3	89,6	87,4	75,4	100,0	89,5
Landkreis Vechta	3	89,5	95,5	110,0	100,0	94,0
Ost-Friesland	2	93,0	86,7	82,5	100,0	91,8
Landkreis Aurich	3	88,2	90,6	65,2	100,0	88,7
Kreisfreie Stadt Emden	3	114,7	87,6	178,8	100,0	111,7
Landkreis Friesland	2	93,2	83,9	67,1	100,0	90,1
Landkreis Leer	3	88,2	90,4	63,7	100,0	88,5
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	98,5	78,9	103,9	100,0	94,9
Landkreis Wittmund	4	84,9	81,3	66,8	100,0	85,0
Südheide	3	96,7	87,0	78,3	100,0	93,6
Landkreis Celle	4	99,7	88,1	73,9	100,0	95,1
Landkreis Heidekreis	4	92,4	85,4	84,7	100,0	91,4

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 zum Beispiel der Kostenanteil für „Personal“ an den Gesamtaufwendungen in den Krankenhäusern bei 61,3 %, in den Zahnarztpraxen bei rund 40 % und bei den Heilmittelerbringern bei rund 14 %.⁴⁶ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.⁴⁷

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 Niedersachsen inklusive Bremen. Im Einzelnen:

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen und Bremen 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
Bremen	1	30.466.556 €	23.310 €	25.014 €	25.942 €
Kreisfreie Stadt Bremen	1	30.466.556 €	23.310 €	25.014 €	25.942 €
Braunschweig	2	76.753.945 €	39.831 €	45.524 €	44.794 €
Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	18.626.678 €	32.226 €	36.885 €	43.383 €
Landkreis Gifhorn	4	11.288.296 €	58.187 €	67.192 €	65.671 €
Landkreis Goslar	3	12.237.538 €	50.154 €	62.120 €	44.468 €
Landkreis Helmstedt	3	6.414.335 €	49.724 €	58.312 €	46.138 €
Landkreis Peine	2	9.666.191 €	53.111 €	57.881 €	53.985 €
Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	3.739.164 €	20.212 €	23.517 €	24.145 €
Landkreis Wolfenbüttel	3	11.502.857 €	64.623 €	67.664 €	60.122 €
Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	3.278.886 €	13.835 €	15.614 €	27.004 €
Bremen-Umland	2	40.029.503 €	54.241 €	58.352 €	50.157 €
Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	4.350.889 €	32.469 €	35.958 €	27.255 €
Landkreis Diepholz	3	15.017.095 €	58.891 €	62.833 €	54.728 €
Landkreis Osterholz	2	10.006.537 €	63.333 €	72.511 €	61.007 €
Landkreis Verden	3	10.654.983 €	55.785 €	56.675 €	51.124 €
Bremerhaven	2	30.348.851 €	49.268 €	58.251 €	46.567 €
Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	6.732.667 €	27.480 €	30.884 €	22.151 €
Landkreis Cuxhaven	4	18.907.789 €	74.440 €	90.468 €	73.487 €
Landkreis Wesermarsch	4	4.708.395 €	40.243 €	50.089 €	43.338 €
Emsland	3	28.130.682 €	42.558 €	50.869 €	48.906 €

46 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).

47 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 Emsland	4	19.933.654 €	42.593 €	53.730 €	52.809 €
Landkreis Grafschaft Bentheim	4	8.197.029 €	42.472 €	45.039 €	40.950 €
Göttingen	2	35.569.736 €	32.753 €	39.391 €	35.700 €
Landkreis Göttingen	2	20.882.988 €	28.451 €	34.689 €	34.362 €
Landkreis Holzminden	4	4.705.806 €	43.572 €	53.475 €	41.518 €
Landkreis Northeim	4	9.980.943 €	40.906 €	46.859 €	37.078 €
Hamburg-Umland-Süd	3	52.490.843 €	61.973 €	70.742 €	66.031 €
Landkreis Harburg	2	25.595.766 €	73.976 €	81.256 €	76.089 €
Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	11.952.408 €	54.083 €	61.930 €	55.977 €
Landkreis Stade	3	14.942.669 €	53.367 €	63.858 €	60.783 €
Hannover	1	114.013.690 €	42.830 €	46.997 €	48.984 €
Landkreis Nienburg (Weser)	4	8.418.168 €	55.021 €	57.266 €	49.385 €
Region Hannover	2	91.540.252 €	40.096 €	44.351 €	48.289 €
Landkreis Schaumburg	2	14.055.270 €	62.191 €	65.373 €	55.377 €
Hildesheim	2	35.407.212 €	48.239 €	54.389 €	47.789 €
Landkreis Hameln-Pyrmont	3	11.423.206 €	42.784 €	47.009 €	40.682 €
Landkreis Hildesheim	2	23.984.007 €	51.358 €	58.784 €	52.023 €
Lüneburg	3	33.673.149 €	54.312 €	63.058 €	55.396 €
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	5.676.564 €	61.038 €	84.725 €	47.127 €
Landkreis Lüneburg	4	19.227.243 €	55.251 €	59.898 €	60.805 €
Landkreis Uelzen	4	8.769.342 €	48.991 €	60.064 €	47.297 €
Oldenburg	2	51.394.292 €	54.213 €	60.606 €	57.758 €
Landkreis Ammerland	2	12.025.586 €	67.182 €	70.325 €	63.551 €
Landkreis Cloppenburg	3	9.111.199 €	48.723 €	55.219 €	51.103 €
Landkreis Oldenburg	3	12.232.752 €	81.552 €	95.568 €	80.713 €
Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	18.024.754 €	41.724 €	46.939 €	50.386 €
Osnabrück	2	44.922.444 €	39.063 €	46.407 €	45.303 €
Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	12.431.856 €	28.711 €	35.930 €	39.262 €
Landkreis Osnabrück	3	23.252.959 €	45.505 €	52.609 €	47.336 €
Landkreis Vechta	3	9.237.629 €	44.843 €	51.320 €	51.922 €
Ost-Friesland	2	54.049.822 €	51.921 €	59.006 €	48.781 €
Landkreis Aurich	3	15.042.179 €	56.128 €	63.469 €	51.744 €
Kreisfreie Stadt Emden	3	2.575.782 €	25.253 €	31.034 €	30.605 €
Landkreis Friesland	2	11.180.691 €	65.769 €	76.580 €	64.208 €
Landkreis Leer	3	11.004.211 €	42.162 €	49.126 €	42.517 €
Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	9.068.797 €	54.962 €	58.133 €	44.177 €
Landkreis Wittmund	4	5.178.162 €	69.042 €	73.974 €	58.426 €
Südheide	3	29.057.300 €	55.879 €	61.956 €	54.591 €
Landkreis Celle	4	17.343.341 €	57.050 €	63.067 €	55.468 €
Landkreis Heidekreis	4	11.713.958 €	54.231 €	60.381 €	53.349 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i.d.R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind z. B. die im Landkreis Lüchow-Danzenberg (Landkreis Uelzen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 47.127 € (47.297 €) altersadjustiert real 84.725 € (60.064 €) 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 die größeren Städte in Niedersachsen (Kreistyp 1) zeigt sich ein vollständig umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Lagen in der kreisfreien Stadt Braunschweig in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze bei 43.383 € je niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und preisbereinigten Realwerte der Mehrumsätze eine „abgesenkte“ Größenordnung von 36.885 € je ambulant niedergelassenem Arzt an. Damit liegt die kreisfreie Stadt Braunschweig genauso wie die Region Hannover, die Universitätsstadt Osnabrück, die Hansestadt Bremen und die Autostadt Wolfsburg 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 Emden einen jährlichen Realwert von 2,6 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Emsland einen Realwert von 28,1 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 15.614 € (kreisfreie Stadt Wolfsburg) beziehungsweise 25.014 € (Raumordnungsregion Bremen) zur Verfügung. Für die Bundesländer Niedersachsen und Bremen ergibt sich damit zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 15.614 € und 95.568 € (25.014 € und 70.742 €).

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 Niedersachsen und Bremen 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 Salzgitter mit einem PKV-Marktanteil von 5,1 % von einem PKV-Marktanteil von rund 15,6 % in der kreisfreien Stadt Oldenburg 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 155, die Standardabweichung 39, das heißt: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten in Niedersachsen und Bremen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 39 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 165 ab.⁴⁸

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 2,3 Prozentpunkte vom Mittelwert (9,4 %) ab.⁴⁹ 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 128 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 28 € vom Mittelwert 114 € ab.⁵⁰ Eine vergleichbare (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 13.127 € weichen diese im Durchschnitt um rund 13.000 € vom Mittelwert in Höhe von 49.133 € ab.⁵¹

Kreis- und Stadtgrenzen verzerren die Messung von (Un-)gleichverteilungen in doppelter Hinsicht. Zum einen ignorieren Stadt- und Kreisgrenzen die medizinische Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche Umland. Darüber hinaus entstehen soziodemografische Verzerrungen, weil in zu Landkreisen gehörigen „Speckgürteln“ rund um kreisfreie Städte überproportional viele Privatversicherte leben. Die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Raumordnungsregionen vermeiden in der Regel diese Verzerrungen und stellen partiell die bessere Wahl dar, um zum Beispiel mittels Standardabweichung die regionale (Un-)gleichverteilung der Bedeutung von Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur richtig ohne Verzerrungen einzuordnen.⁵²

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

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Niedersachsen und Bremen)

Niedersachsen und Bremen	Ø [Mittelwert]	V=V _{max} -V _{min} [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	165	155	39
PKV-Marktanteil	9,4%	10,6 %-Punkte	2,3 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	114 €	128 €	28 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	49.133 €	58.561 €	13.127 €

48 Die durchschnittliche Abweichung von 39 vom Mittelwert 165 entspricht rund 25 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 2,3 %-Punkten vom Mittelwert 9,4 % entspricht rund 24 %.

50 Die durchschnittliche Abweichung von 28 € vom Mittelwert 114 € entspricht rund 25 %.

51 Die durchschnittliche Abweichung von 13.127 € vom Mittelwert 49.133 € entspricht rund 27 %.

52 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 Niedersachsen angrenzenden Hansestadt Bremen ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Bremen bildet die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vollständig vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Bremen gehören. Um dieses Defizit zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

Niedersachsen und Bremen	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	170	96	27
PKV-Marktanteil	9,7%	4,8 %-Punkte	1,5 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	117 €	58 €	18 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	48.336 €	40.088 €	9.533 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streuen alle Beobachtungsgrößen weniger als zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Unter anderem ist die Aussage, die Ärzte seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, sowohl statistisch als auch visualisiert (vgl. Abbildung 3 im Anhang) zu relativieren. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 96, die entsprechende Standardabweichung 27, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 27 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 170 ab.⁵³ Das ist weniger als bei Festhalten an den starren Stadt- und Kreisgrenzen. Und auch die Verteilung der Mehrumsätze stellt sich gleichmäßiger dar. Bei den ambulanten Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 9.533 € vom Mittelwert 48.336 € ab.⁵⁴ Insgesamt stellt sich das – im Vergleich zur Beobachtung zwischen den starren Stadt- und Kreisgrenzen – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

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

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

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen

Altersadjustierte Realwert-Analyse (Niedersachsen und Bremen)

Niedersachsen und Bremen	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	55.651 €	79.955 €	17.004 €

53 Die durchschnittliche Abweichung von 27 vom Mittelwert 170 entspricht rund 16 %.

54 Die durchschnittliche Abweichung von 9.533 € vom Mittelwert 48.336 € entspricht rund 19 %.

Niedersachsen und Bremen	$\bar{\varnothing}$ [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant niedergelassenem Arzt	52.947 €	45.729 €	11.564 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Auch in der Realwertanalyse zeigt sich, dass die an starren Kreis- und Stadtgrenzen festhaltende Analyse nach Landkreisen und kreisfreien Städten die Ungleichheiten überzeichnet. Im flexibleren Konzept der Raumordnungsregionen weist der relevante Beobachtungsparameter auf eine niedrigere Streuung hin. Die Aussage, die regional bei ambulanten Ärzten verbleibenden Realwerte der Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt sei zwischen den Regionen ungleich verteilt, ist zu relativieren. Auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) beträgt die Variationsweite 79.955 € (45.729 €), die entsprechende Standardabweichung 17.004 € (11.564 €), das heißt: In den Städten und Landkreisen (Raumordnungsregionen) weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 17.004 € (11.564 €) vom Mittelwert 55.651 € (52.947 €) ab.⁵⁵ Das stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine relativ gleichmäßige Verteilung dar.

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

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

Der Anteil der Privatversicherten in Niedersachsen mit Bremen 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“ 8,6 % beziehungsweise 9,3 %. Damit leben in sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) mehr Privatversicherte als in kreisfreien Städten (Kreistyp 1) mit einem PKV-Marktanteil von 9,1 %. Am meisten Privatversicherte gibt es dagegen in verdichteten Landkreisen des Kreistyps 2. Hier sind 11,1 % der Bevölkerung privatversichert.

Für die medizinische Versorgung auf dem Land sind allerdings nicht die Marktanteile der Privatversicherten in den Regionen von Relevanz, sondern unter anderem die Mehrumsätze, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen. Dabei lässt sich für Niedersachsen mit Bremen 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 verdichtete 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

⁵⁵ Auf der Ebene der Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) entspricht die durchschnittliche Abweichung von 17.004 € (11.564 €) vom Mittelwert 55.651 € (52.947 €) rund 31 % (21 %).

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 61.877 € rund doppelt so hohe Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1. Und sie liegen nahezu gleichauf mit denen in verstädterten Landkreisen. Ein Befund, 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 verstädterten Regionen (Typ 2).

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal sind die Privatversicherten in Niedersachsen und Bremen – auch im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland – relativ gleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen verteilt. Darüber hinaus existieren auch in Niedersachsen inklusive Bremen 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 Niedersachsen und Bremen kaum wahrnehmbare relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Landkreisen 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, wirtschaftsstarke Städte nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Niedersachsen und Bremen	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	9,1 %	11,1 %	8,6 %	9,3 %	9,5 %	9,3 %	10,5 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	33.182 €	55.307 €	49.416 €	52.179 €	37.463 €	47.106 €	56.231 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung							
je ambulant niedergel. Arzt	30.684 €	61.988 €	56.852 €	61.877 €	36.005 €	52.828 €	61.656 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse des PKV-Regionalatlases Niedersachsen und Bremen 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 Niedersachsen und dem angrenzenden Stadtstaat Bremen 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 Bremen gleichzeitig die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. Entsprechend können im Konzept der Raumordnungsregionen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ nicht vollständig vermieden werden, weil an Bremen angrenzende Landkreise in Niedersachsen nicht zur Raumordnungsregion Bremen 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 in der Regel oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Bremen, Osnabrück, Braunschweig und Wolfsburg sowie die Region der Landeshauptstadt Hannover sind alle im unteren Viertel des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Lüchow-Dannenberg (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 84.724 € anfallen (Rang 3 von 47), sind es in den Arztpraxen der Universitätsstadt Osnabrück (Rang 41 von 47) „nur“ 35.930 Euro jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte für das Umland zurückzuführen ist.

Abseits der kreisfreien Städte zeigt das Ranking ein relativ heterogenes Bild. 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 Oldenburg (Kreistyp 3) und Cuxhaven (Kreistyp 4). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (114 bis 128 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 90.468 € und 95.568 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie Großstadt Wolfsburg (Kreistyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (191 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 Oldenburg	3	95.568 €	114
2	Landkreis Cuxhaven	4	90.468 €	128
3	Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	84.725 €	192
4	Landkreis Harburg	2	81.256 €	135
5	Landkreis Friesland	2	76.580 €	172
6	Landkreis Wittmund	4	73.974 €	131
7	Landkreis Osterholz	2	72.511 €	138
8	Landkreis Ammerland	2	70.325 €	142
9	Landkreis Wolfenbüttel	3	67.664 €	149
10	Landkreis Gifhorn	4	67.192 €	109
11	Landkreis Schaumburg	2	65.373 €	143
12	Landkreis Stade	3	63.858 €	136
13	Landkreis Aurich	3	63.469 €	141
14	Landkreis Celle	4	63.067 €	169
15	Landkreis Diepholz	3	62.833 €	117
16	Landkreis Goslar	3	62.120 €	181
17	Landkreis Rotenburg (Wümme)	4	61.930 €	134
18	Landkreis Heidekreis	4	60.381 €	153
19	Landkreis Uelzen	4	60.064 €	193
20	Landkreis Lüneburg	4	59.898 €	189
21	Landkreis Hildesheim	2	58.784 €	170
22	Landkreis Helmstedt	3	58.312 €	141
23	Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven	2	58.133 €	219
24	Landkreis Peine	2	57.881 €	134
25	Landkreis Nienburg (Weser)	4	57.266 €	126
26	Landkreis Verden	3	56.675 €	139
27	Landkreis Cloppenburg	3	55.219 €	108
28	Landkreis Emsland	4	53.730 €	142
29	Landkreis Holzminden	4	53.475 €	154
30	Landkreis Osnabrück	3	52.609 €	142
31	Landkreis Vechta	3	51.320 €	143
32	Landkreis Wesermarsch	4	50.089 €	132
33	Landkreis Leer	3	49.126 €	152
34	Landkreis Hameln-Pyrmont	3	47.009 €	180
35	Kreisfreie Stadt Oldenburg	1	46.939 €	255
36	Landkreis Northeim	4	46.859 €	185
37	Landkreis Grafschaft Bentheim	4	45.039 €	140
38	Region Hannover	2	44.351 €	198
39	Kreisfreie Stadt Braunschweig	1	36.885 €	233
40	Kreisfreie Stadt Delmenhorst	3	35.958 €	173
41	Kreisfreie Stadt Osnabrück	1	35.930 €	264
42	Landkreis Göttingen	2	34.689 €	227

Rang	Landkreis/kreisfreie Stadt	Kreistyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
43	Kreisfreie Stadt Emden	3	31.034 €	205
44	Kreisfreie Stadt Bremerhaven	1	30.884 €	216
45	Kreisfreie Stadt Bremen	1	25.014 €	231
46	Kreisfreie Stadt Salzgitter	1	23.517 €	178
47	Kreisfreie Stadt Wolfsburg	1	15.614 €	191

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 Bremen⁵⁶ – 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 im Trend relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking von den ländlichen bis sehr ländlichen Raumordnungsregionen Hamburg-Umland-Süd, Lüneburg und Südheide. Rechnerisch entstehen zum Beispiel in der Raumordnungsregion Südheide (Regionstyp 3) je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 61.956 € (Realwert). Schlusslichter sind die relativ dicht besiedelten Regionen Hannover, Osnabrück, Göttingen sowie Braunschweig. In der Region Hannover (Göttingen) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 46.997 € (39.391 €). Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (185/207 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	Hamburg-Umland-Süd	3	70.742 €	135
2	Lüneburg	3	63.058 €	191
3	Südheide	3	61.956 €	162
4	Oldenburg	2	60.606 €	158
5	Ost-Friesland	2	59.006 €	162
6	Bremen-Umland	2	58.352 €	135
7	Bremerhaven	2	58.251 €	154
8	Hildesheim	2	54.389 €	173
9	Emsland	3	50.869 €	142

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 Niedersachsen angrenzenden Hansestadt Bremen ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Bremen bildet die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise nicht zur Raumordnungsregion Bremen gehören. Entsprechend bleibt die Raumordnungsregion Bremen in Tabelle 14 unberücksichtigt. Um den Sonderfall Bremen zu bereinigen, sei auf das alternative Konzept der Ankerregionen ab Abschnitt 5.3 verwiesen.

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
10	Hannover	1	46.997 €	185
11	Osnabrück	2	46.407 €	172
12	Braunschweig	2	45.524 €	170
13	Göttingen	2	39.391 €	207

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

1 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkungsansätzen, 3 = Ländliche Region (in Niedersachsen und Bremen 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 sehr ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ein Dilemma, dass nicht ohne Weiteres mit alternativen, kleineren Raumkonzepten, die von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, konsistent auflösbar ist ohne „künstliche“ Grenzen zwischen Regionen entstehen zu lassen, die mehr oder weniger strukturell und wirtschaftlich miteinander verwoben sind.

Mit dem Konzept der Ankerregionen soll trotzdem ein Versuch unternommen werden. Die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise sind dabei der Ausgangspunkt, um Ankerregionen zu bilden, die sowohl die „Stadt-Umland-Verzerrungen“ zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen – inklusive des oben beschriebenen Sonderfalls der Raumordnungsregion Bremen – 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 Niedersachsen und Bremen 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 Bremen – 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 Niedersachsen inklusive Bremen insgesamt 16 (zusammengefasste) Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 22 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Dabei zeigt das Gesamtbild der Ankerregionen, dass die sehr ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 4) überwiegend in der oberen Hälfte des Tableaus platziert sind. Städtische und verstädterte Regionen (Kreistyp 1 & 2) finden sich dagegen vorzugsweise in der unteren Hälfte des Tableaus.

Angeführt wird das Ranking von den sehr ländlichen Ankerregionen Lüchow-Dannenberg und Wittmund (jeweils Kreistyp 4). Zu den Schlusslichtern gehören – ohne Ausnahme – die dicht besiedelten, wirtschaftsstarke Regionen mit dem Anker Bremen und Wolfsburg. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Bremen III mit der kreisfreien Stadt Bremen und dem Landkreis Osterholz (Kreistyp 1+2/Rang 35 von 38) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 29.067 €. In der Ankerregion Wolfsburg I (Kreistyp 1+3)/Rang 38 von 38) sind es „nur“ 24.593 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen relativ wirtschaftlich starken Ankerstädten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Lüchow-Dannenberg	Landkreis Lüchow-Dannenberg	4	84.725 €	192
2	Harburg	Landkreis Harburg	2	81.256 €	135
3	Wittmund	Landkreis Wittmund	4	73.974 €	131
4	Wilhelmshaven	kreisfreie Stadt Wilhelmshaven & Landkreis Friesland	2	66.379 €	192
5	Delmenhorst	Kreisfreie Stadt Delmenhorst & Landkreis Oldenburg	3	65.902 €	136
6	Schaumburg	Landkreis Schaumburg	2	65.373 €	143
7	Stade	Landkreis Stade	3	63.858 €	136
8	Celle	Landkreis Celle	4	63.067 €	169
9	Goslar	Landkreis Goslar	3	62.120 €	181
10	Rotenburg	Landkreis Rotenburg	4	61.930 €	134
11	Heidekreis	Landkreis Heidekreis	4	60.381 €	153
12	Uelzen	Landkreis Uelzen	4	60.064 €	193
13	Lüneburg	Landkreis Lüneburg	4	59.898 €	189
14	Hildesheim	Landkreis Hildesheim	2	58.784 €	170
15	Bremerhaven I	Kreisfreie Stadt Bremerhaven & Landkreis Cuxhaven	1+4	58.515 €	160
16	Oldenburg I	Kreisfreie Stadt Oldenburg & Landkreis Oldenburg	1+3	57.458 €	193
17	Nienburg	Landkreis Nienburg (Weser)	4	57.266 €	126
18	Cloppenburg	Landkreis Cloppenburg	3	55.219 €	108
19	Emsland	Landkreis Emsland	4	53.730 €	142
20	Holzminden	Landkreis Holzminden	4	53.475 €	154
21	Oldenburg II	Kreisfreie Stadt Oldenburg & Landkreis Ammerland	1+2	53.328 €	207
22	Emden	Kreisfreie Stadt Emden & Landkreise Aurich + Leer	3	51.541 €	153
23	Vechta	Landkreis Vechta	3	51.320 €	143
24	Hamelnd-Pyrmont	Landkreis Hameln-Pyrmont	3	47.009 €	180
25	Northeim	Landkreis Northeim	4	46.859 €	185
26	Grafschaft Bentheim	Landkreis Grafschaft Bentheim	4	45.039 €	140

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
27	Osnabrück	Kreisfreie Stadt Osnabrück & Landkreis Osnabrück	1+3	44.429 €	180
28	Region Hannover	Landkreis Region Hannover	2	44.351 €	198
29	Braunschweig-Salzgitter I	Kreisfreie Stadt Salzgitter & Kreisfreie Stadt Braunschweig & Landkreis Wolfenbüttel	1+3	39.287 €	199
30	Braunschweig-Salzgitter II	Kreisfreie Stadt Salzgitter & Kreisfreie Stadt Braunschweig & Landkreis Peine	1+2	37.584 €	194
31	Bremerhaven II	Kreisfreie Stadt Bremerhaven & Landkreis Wesermarsch	1+4	36.521 €	179
32	Göttingen	Landkreis Göttingen	2	34.689 €	227
33	Wolfsburg II	Kreisfreie Stadt Wolfsburg & Landkreis Gifhorn	1+4	32.194 €	143
34	Bremen II	Kreisfreie Stadt Bremen & Landkreis Diepholz	1+3	30.272 €	199
35	Bremen III	Kreisfreie Stadt Bremen & Landkreis Osterholz	1+2	29.067 €	215
36	Bremen I	Kreisfreie Stadt Bremen & Landkreis Verden	1+3	28.684 €	213
37	Bremen IV	Kreisfreie Stadt Bremen & Landkreis Wesermarsch	1+4	28.399 €	218
38	Wolfsburg I	Kreisfreie Stadt Wolfsburg & Landkreis Helmstedt	1+3	24.593 €	170

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.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

Deutschland, Niedersachsen und Bremen 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, Niedersachsen und Bremen einen erheblichen, überproportionalen Finanzierungsbeitrag.

Zur Quantifizierung des Finanzierungsbeitrags der Privatversicherten zum Gesundheitssystem können die Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Diese Mehrumsätze entstehen nur deshalb, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Mit Hilfe dieser jährlich von Privatpatienten durch höhere, nicht budgetierte Vergütung ausgelösten Mehrumsätze können Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker und Krankenhäuser in medizinisches Personal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und eine moderne Praxis-, Personal- und Krankenhausinfrastruktur investieren. Davon profitieren auch die gesetzlich Versicherten.

In der gesundheitsökonomischen Literatur ist die Bedeutung der Umsätze und Mehrumsätze der Privatversicherten für die medizinische Versorgung überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.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 Niedersachsen und Bremen 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:

Niedersachsen mit Bremen

- › In Niedersachsen und Bremen sind 9,7 % der Bevölkerung privatversichert. Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern in Niedersachsen und Bremen – den Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten etc. – Leistungsausgaben beziehungsweise Umsätze in Höhe von insgesamt 2,85 Mrd. € jährlich.
- › Im Durchschnitt erzielen in Niedersachsen und Bremen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren 18,7 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Niedersachsen und Bremen nur 9,7 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Aus den Umsatz-Zahlen lassen sich auch konkrete, vom Versicherungsstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge ableiten. Der Kosten-Deckungsbeitrag eines privat (gesetzlich) Versicherten – definiert als Euro-Beitrag, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung zur Verfügung steht – liegt im Durchschnitt bei 1.393 € (597 €) jährlich. Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärzten einen um den Faktor 2,33 höheren Durchschnittsbeitrag zur Deckung der Kosten einer Arztpraxis als ein GKV-Versicherter.
- › Eine Teilgröße der Umsätze stellen die Mehrumsätze der Privatversicherten dar. Von den Mehrumsätzen, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei Bezug auf den PKV-Marktanteil – in Niedersachsen und Bremen p.a. 1,02 Mrd. €. Je Einwohner entspricht das 118 €.
- › Von den in Niedersachsen und Bremen verbleibenden Mehrumsätzen entfallen 617 Mio.€ auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 47.000 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Niedersachsen und Bremen

- › In Niedersachsen mit Bremen gibt es sowohl stärker städtische als auch ländlichere Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.

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.

Von den 47 Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen und Bremen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 7 als kreisfreie Großstadt (Kreistyp 1), 10 als verstädterter Landkreis/Regionalverband (Kreistyp 2), 15 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 15 als dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.

- › Die Privatversicherten in Niedersachsen und Bremen sind relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 8,6 % beziehungsweise 9,3 %. Damit leben in sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) mehr Privatversicherte als in kreisfreien Großstädten (Kreistyp 1) mit einem PKV-Marktanteil von 9,1 %. Am meisten Privatversicherte gibt es dagegen in verstädterten Landkreisen des Kreistyps 2. Hier sind 11,1 % der Bevölkerung privatversichert. Als Landkarte sind die Marktanteile in Abbildung 4 visualisiert.
- › In der kreisfreien Stadt Oldenburg sind 15,6 % der Menschen privatversichert (höchster Wert), in der kreisfreien Stadt Salzgitter sind es 5,1 % (niedrigster Wert). Trotz dieser relativ kleinen Anteile der Privatversicherten an der Bevölkerung erzielen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren in der kreisfreien Stadt Oldenburg im Durchschnitt 30,1 % und in der Stadt Salzgitter 9,8 % 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 11,8 Mio. € (Stadt Emden) beziehungsweise 171 € je Einwohner (Stadt Salzgitter) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Niedersachsen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 171 € bis 528 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 329 € je Einwohner. Alle weiteren regionalen Umsätze der Privatversicherten in Niedersachsen und Bremen 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 4,2 Mio. € (Stadt Emden) beziehungsweise 61 € je Einwohner (Stadt Salzgitter) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Niedersachsen und Bremen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 61 € bis 189 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 118 € 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. Zum Beispiel liegen im sehr ländlichen Landkreis Cuxhaven (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 73.487 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 22.151 € (Stadt Bremerhaven) nicht unterschritten. Damit ergibt sich eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ zwischen 22.151 € und 80.713 € (Landkreis Oldenburg). Der Durchschnitt liegt bei rund 47.000 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 8 visualisiert.

Raumordnungsregionen in Niedersachsen und Bremen

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

Beispiel: Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven & Landkreis Friesland

Die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven wird – außer vom Meer – vollständig vom Landkreis Friesland umschlossen. Die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven und der Landkreis Friesland sind damit soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verflochten. Der Landkreis Friesland hat rund 99.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Wilhelmshaven lediglich 75.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte

in der Stadt Wilhelmshaven mit 219 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Friesland liegt (172 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 Friesland mit einem PKV-Marktanteil von 13,0 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven (12,6 %), 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 Wilhelmshaven (des Landkreises Friesland) die relativ niedrigen (hohen) Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Friesland entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Umsätze (Mehrumsätze) in Höhe von 122.533 € (64.208 €) jährlich. In der direkt angrenzenden Stadt Wilhelmshaven liegen diese Umsätze (Mehrumsätze) je niedergelassenem Arzt bei nur rund 84.306 € (44.177 €). 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 Bremen⁵⁹ – „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 Niedersachsen und Bremen zwischen städtischen (Regionstyp 1), ländlich-verstädterten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3). Jede Raumordnungsregion – mit Ausnahme von Bremen – fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Niedersachsen inklusive Bremen leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Lüneburg (12,5 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 7,6 % in der großstädtischen Raumordnungsregion Bremen (Regionstyp 1). Damit gibt es sowohl im großstädtischen, städtischen als auch ländlicheren Regionen einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Als Landkarte sind die PKV-Marktanteile nach Raumordnungsregionen in Abbildung 5 visualisiert.
- › In der Raumordnungsregion Lüneburg sind 12,5 % der Menschen privatversichert (höchster Wert), in der Raumordnungsregion Bremen sind es 7,6 % (niedrigster Wert). Trotz dieser relativ kleinen Anteile der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung erzielen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren in der Raumordnungsregion Lüneburg 23,9 % und in der Raumordnungsregion Bremen 14,7 % 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 258 € je Einwohner (Raumordnungsregion Bremen) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Niedersachsen inklusive Bremen zwischen den Raumordnungsregionen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 258 € bis 421 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 329 € 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 92 € je Einwohner (Raumordnungsregion Bremen) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Niedersachsen und Bremen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 92 € bis 151 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 118 € je Einwohner. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6b. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 6 visualisiert.

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 Niedersachsen angrenzenden Hansestadt Bremen ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Bremen bildet die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise in Niedersachsen nicht zur Raumordnungsregion Bremen gehören. Um den Sonderfall Bremen zu bereinigen, sei auf das Konzept der Ankerregionen in Abschnitt 5.3 verwiesen.

- › 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 25.942 € je ambulant niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Bremen) nicht unterschreitet. Je niedergelassenem Arzt ergibt sich damit eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 25.942 € und 66.031 €. 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 22.151 € bis 80.713 € auf 25.942 € bis 66.031 € erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Niedersachsen inklusive Bremen bei rund 47.000 €.

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 (Niedersachsen mit Bremen) liegt bei 46,74 (47,87) Jahren. In den größeren Städten wie zum Beispiel der Universitätsstadt Osnabrück (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 45,84 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Relativ alt dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 56,23 Jahren im sehr ländlichen Landkreis Lüchow-Dannenberg (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. quasinheitlich sind (z. B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z. B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahme).
- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte lässt sich ein regionaler (niedersächsischer)⁶⁰ Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte bilden. Der Gesamtkosten-Index wiederum stellt die

⁶⁰ Hier unter Einbezug von Bremen.

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 für ärztliches Fachpersonal oder Praxismieten in der Landeshauptstadt Hannover mit denen im Landkreis Celle verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Umsätze und Mehrumsätze.
- › Die altersadjustierte und wertbereinigte Regional-Stadt-Land-Analyse beschränkt sich auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.
- › Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i.d.R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind zum Beispiel die im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Landkreis Uelzen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 47.127 € (47.297 €) real 84.725 € (60.064 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region im Gesamtvergleich sehr gut da.
- › In den größeren Städten (Kreistyp 1) zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Liegen in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze z. B. in der kreisfreien Stadt Braunschweig bei 43.383 € je niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 36.885 € an. Damit liegt die kreisfreie Stadt Braunschweig – genauso wie die Region Hannover, die Universitätsstadt Osnabrück, die Hansestadt Bremen und die Autostadt Wolfsburg – 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 Niedersachsen inklusive Bremen ergibt sich zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 15.614 € und 95.568 € (25.014 € und 70.742 €). 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“ 8,6 % beziehungsweise 9,3 %. In kreisfreien Großstädten, verstädterten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 9,1 % beziehungsweise 11,1 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte.
- › Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Großstädten. Lediglich verstädterte 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 61.877 € rund doppelt so hohe Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1 (30.684 €) zu verzeichnen. Und sie liegen nahezu gleichauf mit denen in verstädterten Landkreisen des Typs 2 (61.988 €).
- › 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 59.364 € entfallen. Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den städtischen Kreistypen erzielen bei einer ambulanten Niederlassung dagegen lediglich 49.098 € 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 Lüchow-Dannenberg und Wittmund 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 Bremen verzerrt sind. Hier sei auf das (bessere) Raumkonzept der Ankerregionen verwiesen.⁶¹
- › Das Ergebnis lässt sich in Niedersachsen unter Einbezug von Bremen 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 Niedersachsen & Bremen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) zeigt, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen in der Regel oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Großstädte wie unter anderem Bremen, Osnabrück, Braunschweig und Wolfsburg sowie die Region der Landeshauptstadt Hannover sind alle im unteren Viertel des Rankings platziert. Während z. B. bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Lüchow-Dannenberg (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 84.724 € anfallen (Rang 3 von 47), sind es in den Arztpraxen in der Universitätsstadt Osnabrück (Rang 41 von 47) „nur“ 35.930 € 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 Niedersachsen angrenzenden Hansestadt Bremen ein Sonderfall vor. Die kreisfreie Stadt Bremen bildet die Raumordnungsregion Bremen und umgekehrt. „Stadt-Umland-Verzerrungen“ können hier nicht vermieden werden, weil angrenzende Landkreise in Niedersachsen nicht zur Raumordnungsregion Bremen gehören. Um den Sonderfall Bremen 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 Oldenburg (Kreistyp 3), Cuxhaven (Kreistyp 4) und Lüchow-Dannenberg (Kreistyp 4). Aufgrund der relativ hohen Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (114 bis 192 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 84.724 € und 95.568 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die Stadt Wolfsburg (Kreistyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (191 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner).
- › Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ – mit Ausnahme des Sonderfalls Bremen – vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich, dass im Trend relativ dicht (dünn) besiedelte Regionen im unteren (oberen) Teil des Tableaus zu finden sind. Angeführt wird das Ranking von den ländlichen bis sehr ländlichen Raumordnungsregionen Hamburg-Umland-Süd, Lüneburg und Südheide. Rechnerisch entstehen zum Beispiel in der Raumordnungsregion Südheide (Regionstyp 3) je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 61.956 € (Realwert). Schlusslichter sind die relativ dicht besiedelten Regionen Hannover, Göttingen und Braunschweig. In den Raumordnungsregionen Hannover (Osnabrück) entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 46.997 € (46.407 €). Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte 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 „Bremen“ 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 (Tabelle 15) zeigt, dass die sehr ländlichen Ankerregionen (Kreistyp 4) 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 Rankings. Angeführt wird das Ranking unter anderem von den sehr ländlichen Ankerregionen Lüchow-Dannenberg und Wittmund (jeweils Kreistyp 4). Zu den Schlusslichtern gehören – ohne Ausnahme – die dicht besiedelten, wirtschaftsstarke Regionen mit dem Anker Bremen und Wolfsburg. So entfallen z. B. in der Ankerregion Bremen III mit der Stadt Bremen und dem Landkreis Osterholz (Kreistyp 1+2/Rang 35 von 38) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von lediglich 29.067 €. In dieser wirtschaftlich relativ starken Region treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärzte (Bremen III: 215 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau

Der PKV-Regionalatlas Niedersachsen und Bremen zeigt, dass es in den Grenzen dieser Bundesländer überall 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

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

stärkeren ebenso wie in strukturschwächeren Regionen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur dar. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet „Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁶³ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien,⁶⁴ sind nicht zu rechtfertigen. Die Umsätze und als Teilmenge davon die Mehrumsätze der Privatversicherten kommen regional breit gestreut überall auch gesetzlich Versicherten zu Gute. Der Vorwurf der „unentgeltlichen“ Nutzung der in ländlichen Gebieten von der GKV sichergestellten medizinischen Versorgungsstruktur durch vereinzelte Privatversicherte ist selbst in den ländlichsten Regionen sachlich falsch und nicht haltbar.

In Niedersachsen werden in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Landkreise im äußersten 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 Niedersachsen inklusive Bremen sind die Privatversicherten regional relativ gleichverteilt. Zum Beispiel liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung im sehr ländlichen Landkreis Uelzen (Kreistyp 4) bei guten 10,2 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis Uelzen Mehrumlöse von jährlich 11,4 Mio. € oder 124 € 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 Uelzen jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 47.297 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Niedersachsen inklusive Bremen berücksichtigt werden – real 60.064 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenem Arzt über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel in der wirtschaftsstarken Ankerregion Osnabrück (44.429 €) oder in der dicht besiedelten Ankerregion Hannover (44.351 €) 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 5,1 % (kreisfreie Stadt Salzgitter: niedrigster Wert), 6,0 % (Ankerregion Bremerhaven II: niedrigster Wert) beziehungsweise 7,6 % (Raumordnungsregion Bremen: 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 Wittmund oder Lüchow-Dannenberg 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 Niedersachsen und Bremen 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. Wengleich 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.

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.

Die Regionaldaten für Niedersachsen inklusive Bremen zeigen in diesem Zusammenhang ein differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) mit durchschnittlich 59.364 € im Jahr (Realwert) weit über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1 & 2: 49.098 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 150 Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 191 Ärzte je 100.000 Einwohner). Oder konkreter: Obwohl im Landkreis Emsland (Kreistyp 4) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 53.730 € und in der dicht besiedelten, wirtschaftsstarke Ankerregion Hannover dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 44.351 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis Emsland mit 142 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Region Hannover (198).

Oder: Obwohl im Landkreis Heidekreis von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 60.381 € und in der Ankerregion Osnabrück (Bremen III: Stadt Bremen mit Landkreis Osterholz) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 44.429 € p.a. (29.067 € p.a.) ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der ländlichen Region Heidekreis mit 153 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Ankerregion Osnabrück (Bremen III: Stadt Bremen mit Landkreis Osterholz) mit 180 (215) ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner. Mit anderen Worten formuliert heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärztinnen und Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Mehrumsatz (Realwert) durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderem zeigen Arbeiten von Vogt (2016)⁶⁸ und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁶⁹ und Arentz (2017)⁷⁰, 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.⁷¹

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 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.

69 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.

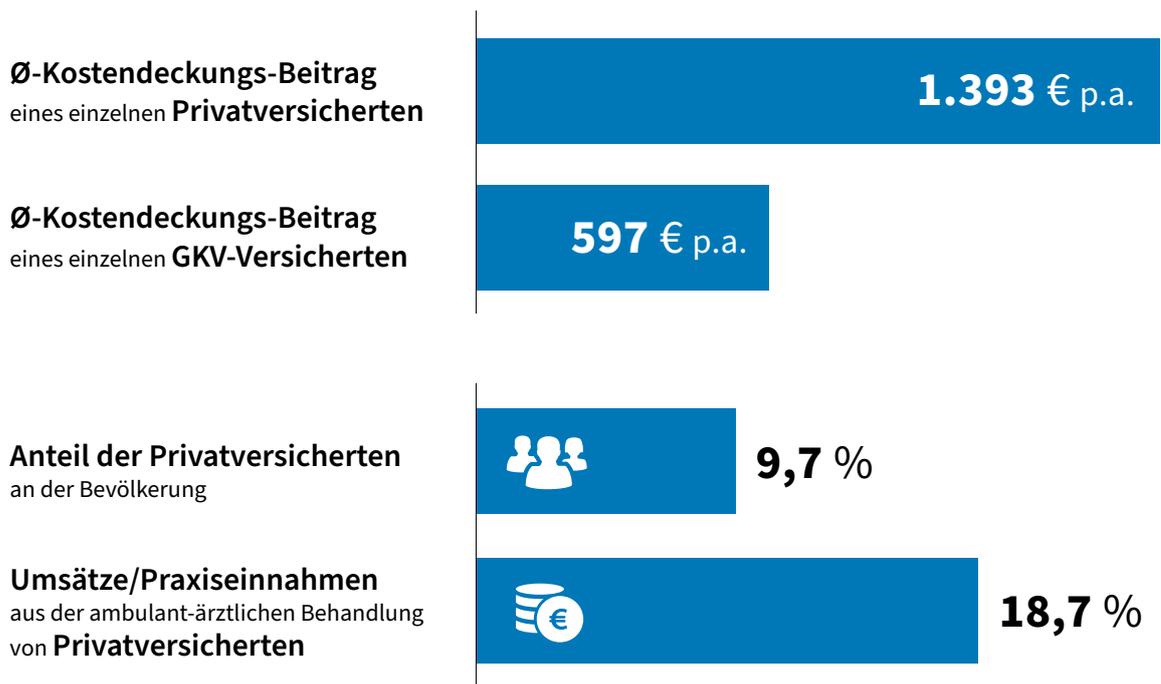
70 Vgl. Arentz, C (2017), Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

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

Anhang

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

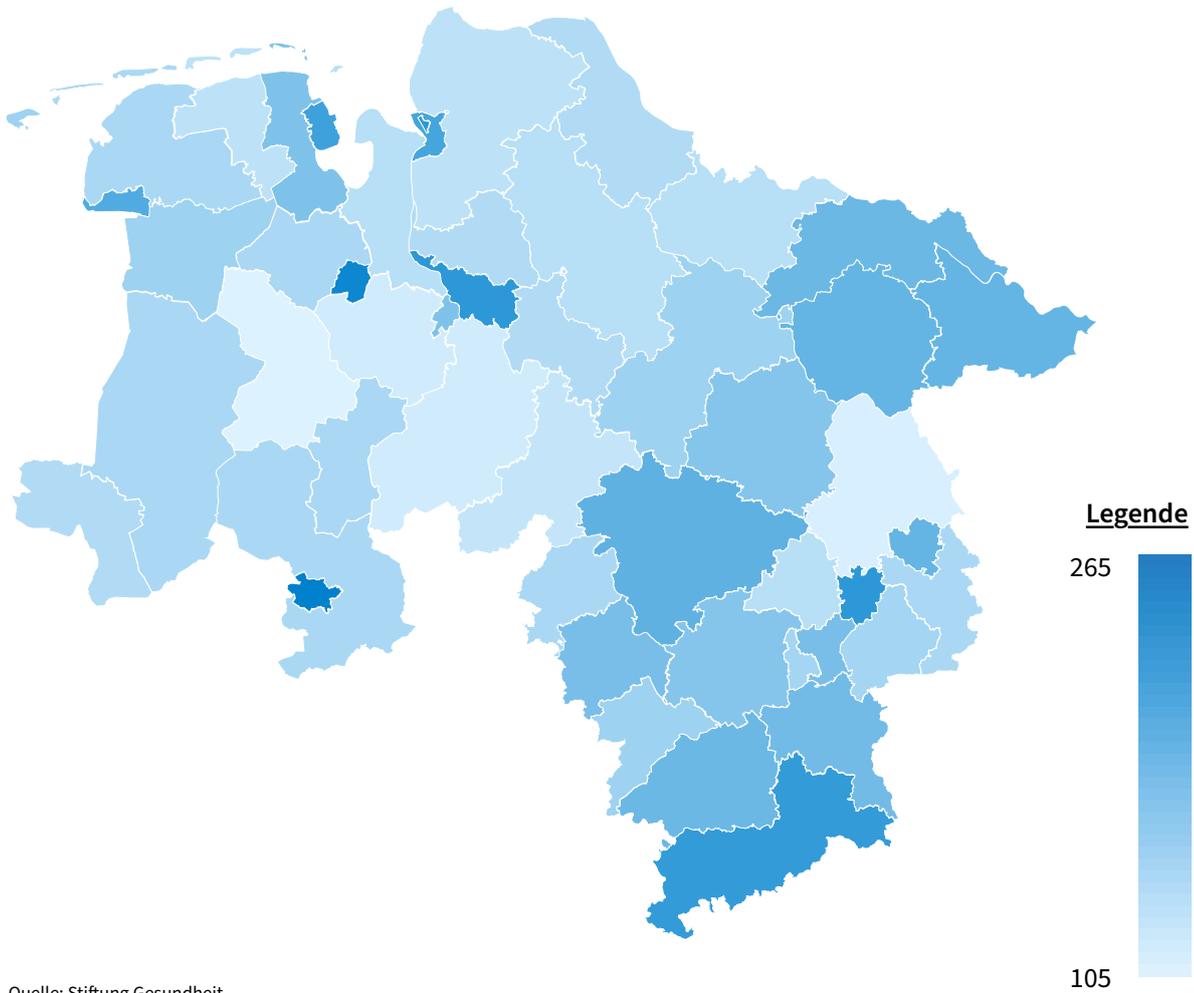
Kostendeckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Niedersachsen und Bremen



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Ambulante Ärztedichte

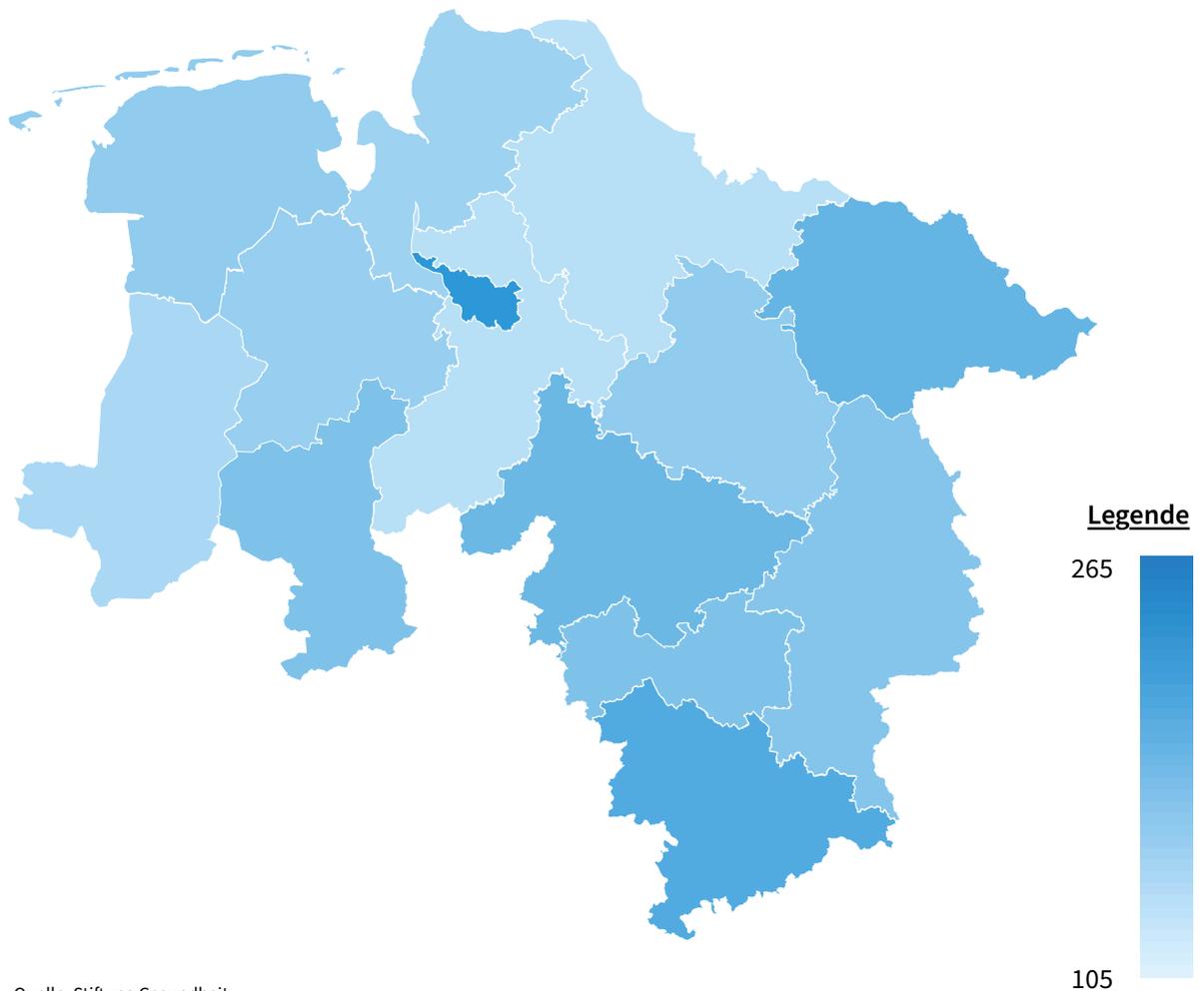
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Niedersachsen mit Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 3: Ambulante Ärztedichte

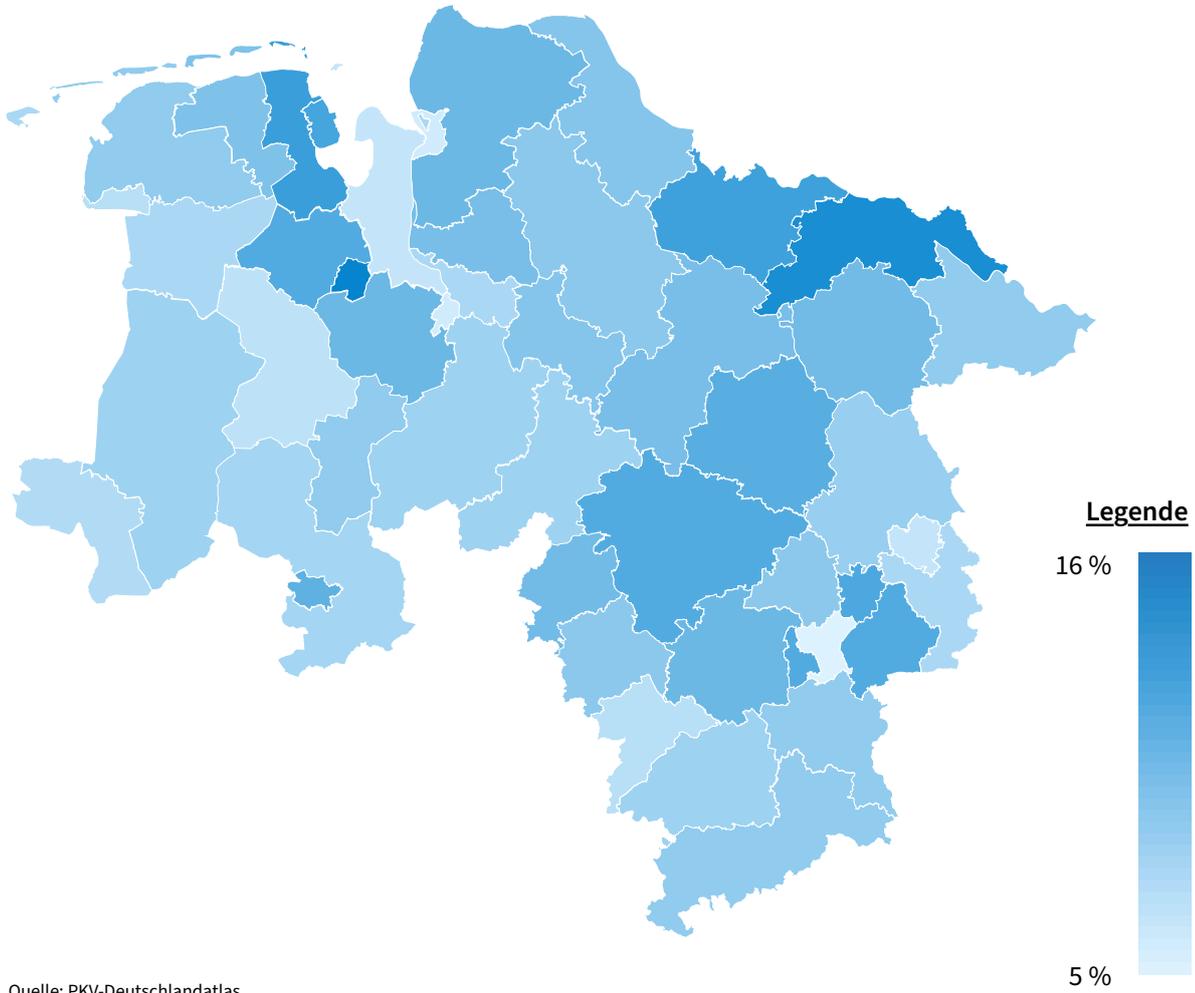
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Niedersachsen mit Bremen nach Raumordnungsregionen



Quelle: Stiftung Gesundheit

Abbildung 4: PKV-Marktanteil

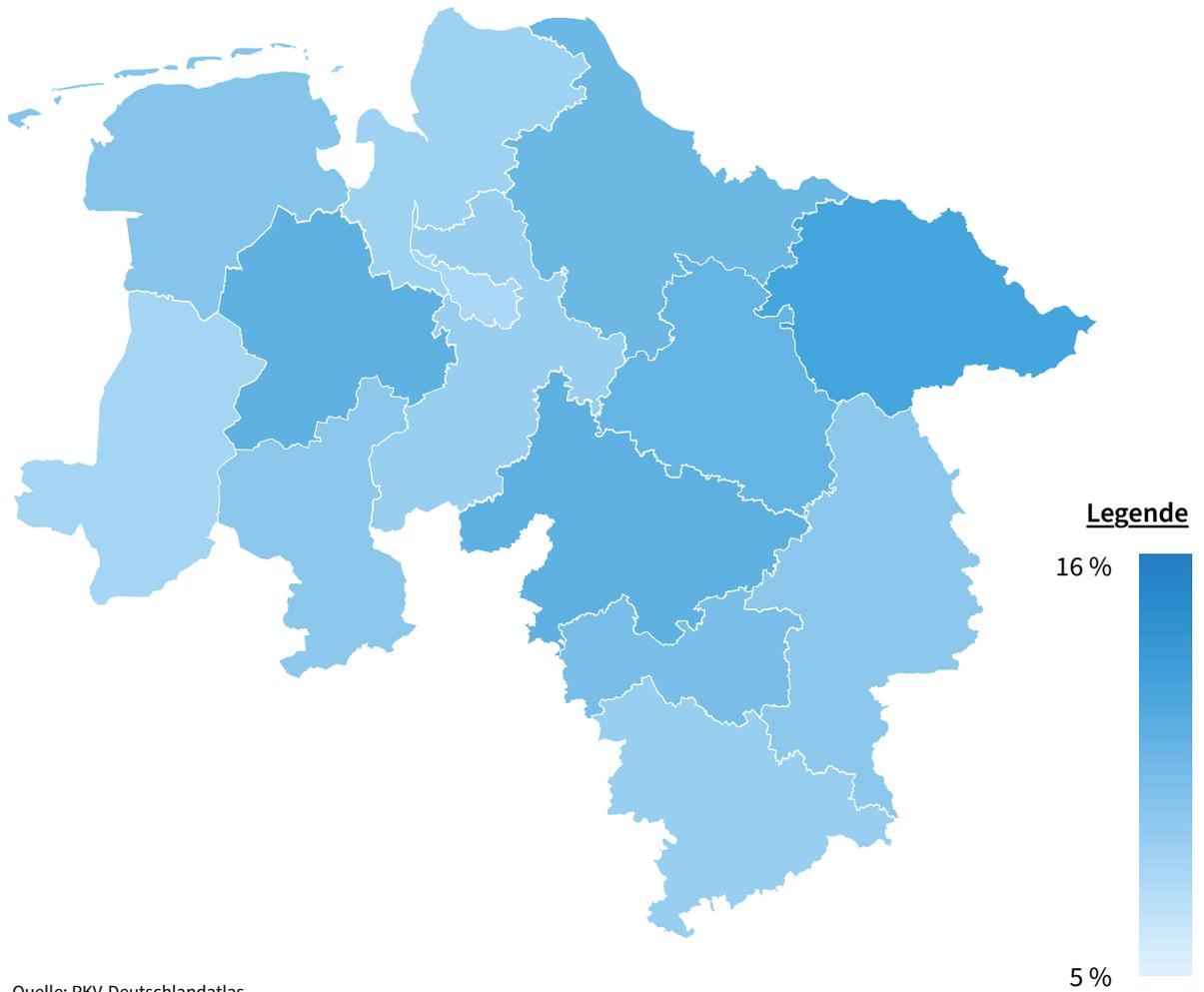
Anteil der PKV-Versicherten in Niedersachsen mit Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 5: PKV-Marktanteil

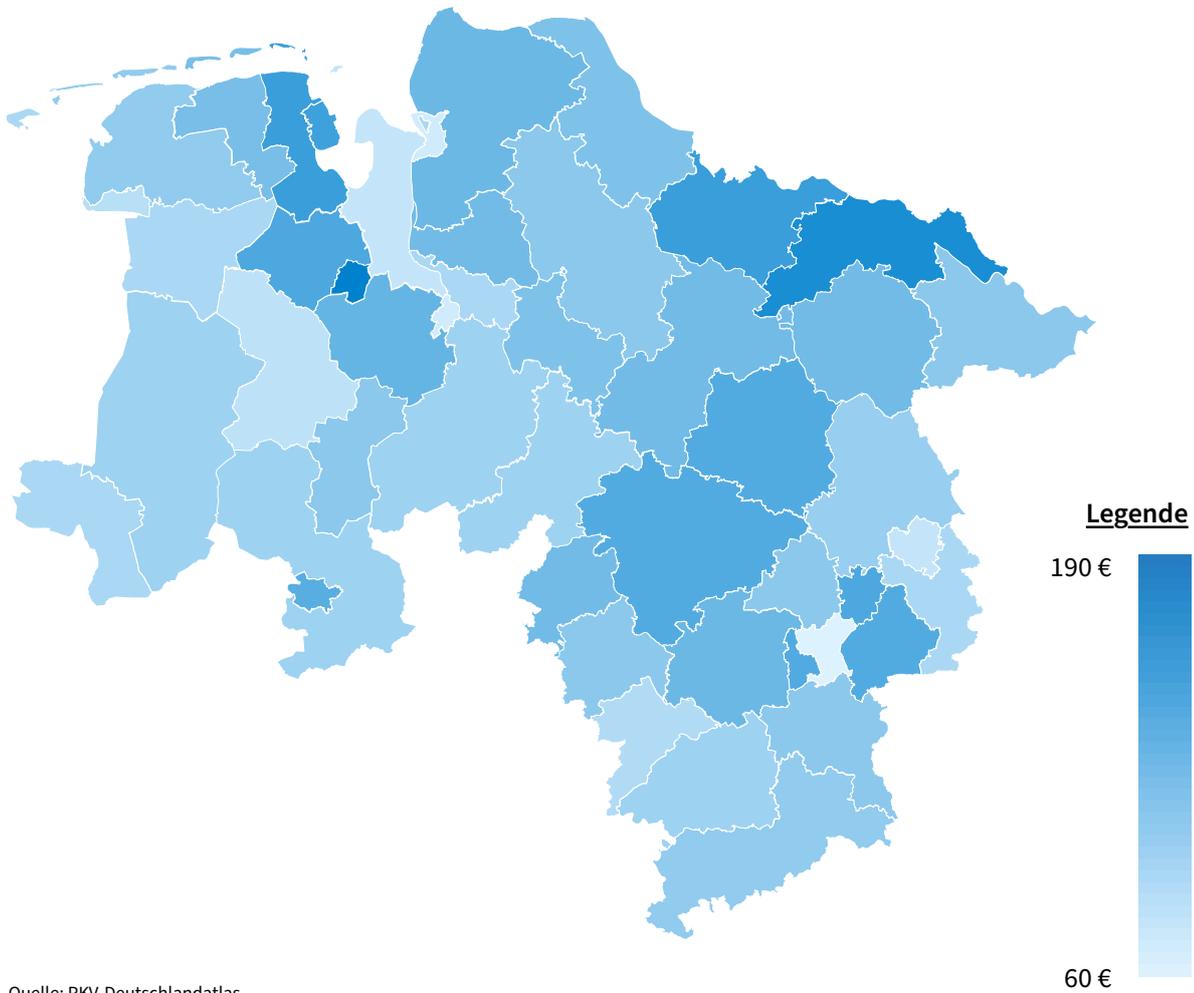
Anteil der PKV-Versicherten in Niedersachsen mit Bremen nach Raumordnungsregionen in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

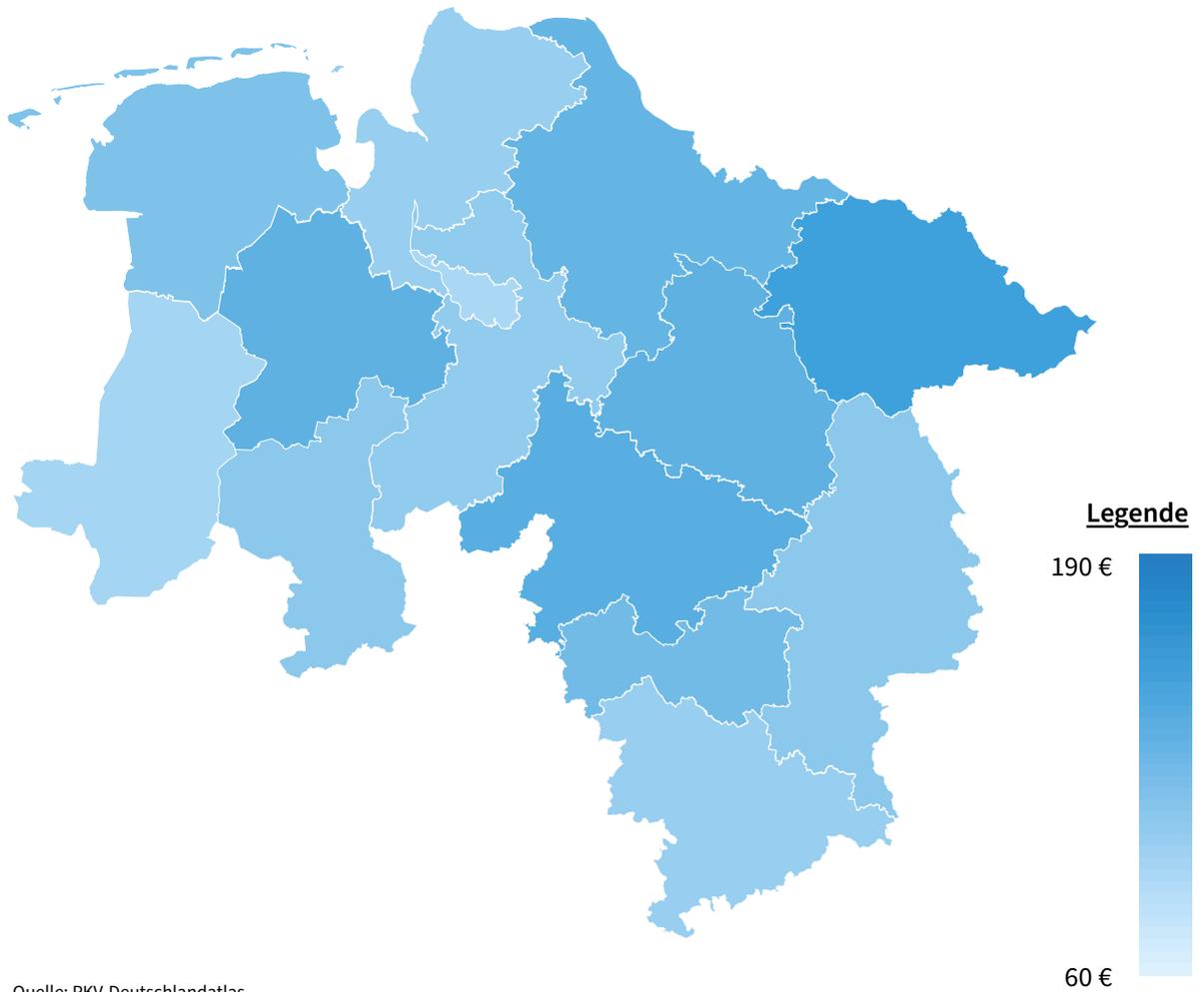
Regional verbleibende Mehrumsätze in Niedersachsen mit Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

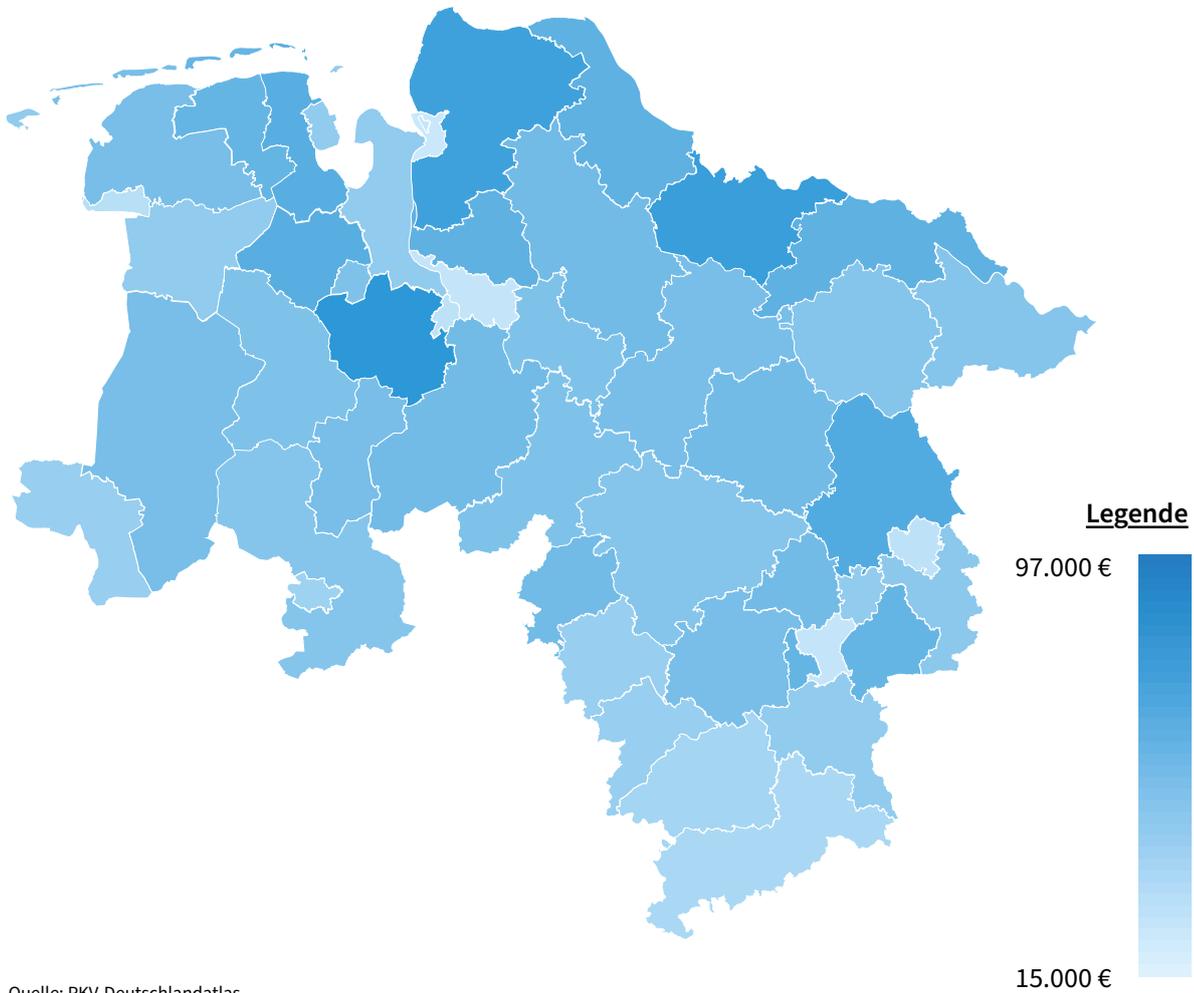
Regional verbleibende Mehrumsätze in Niedersachsen mit Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 8: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

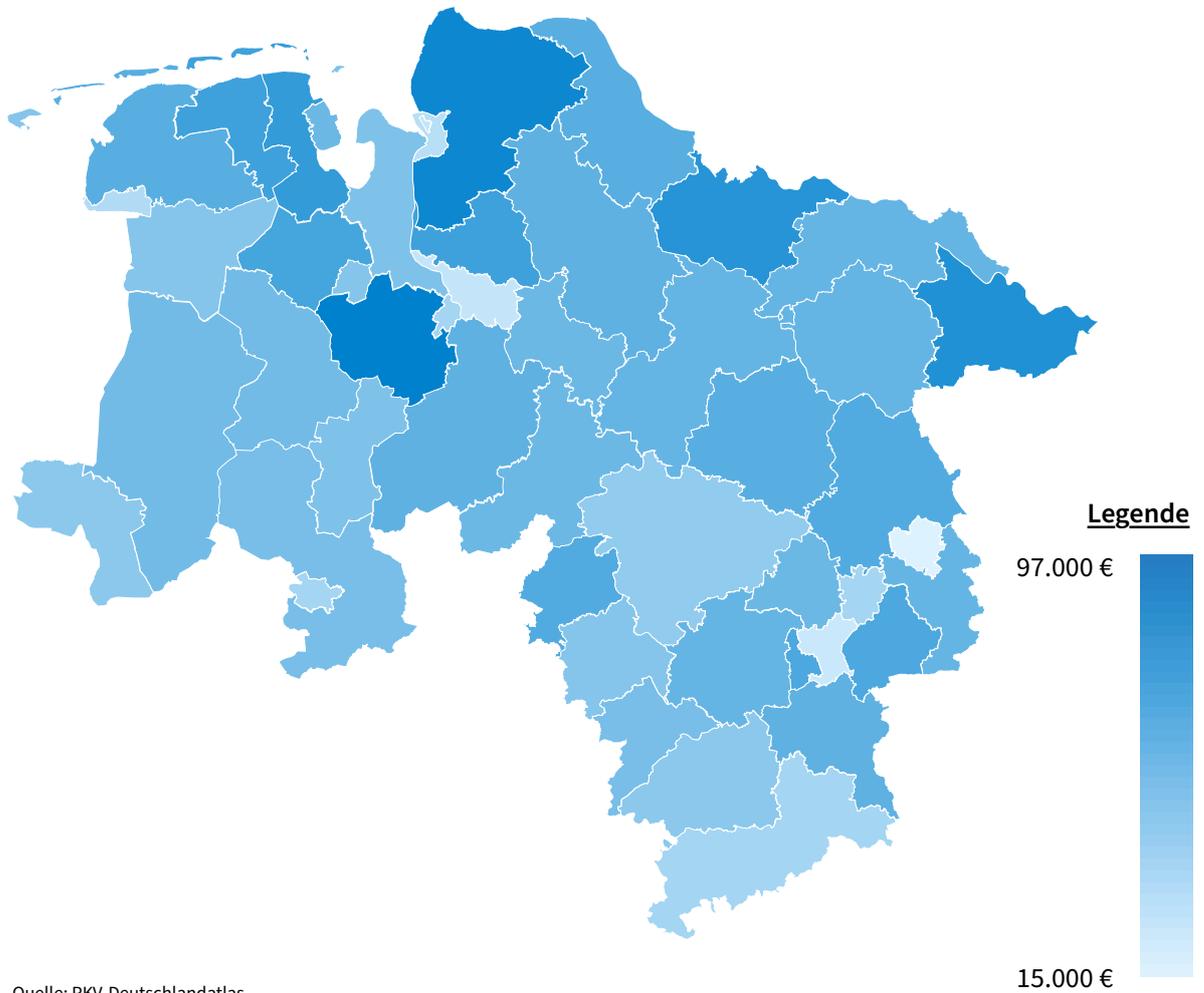
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen mit Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

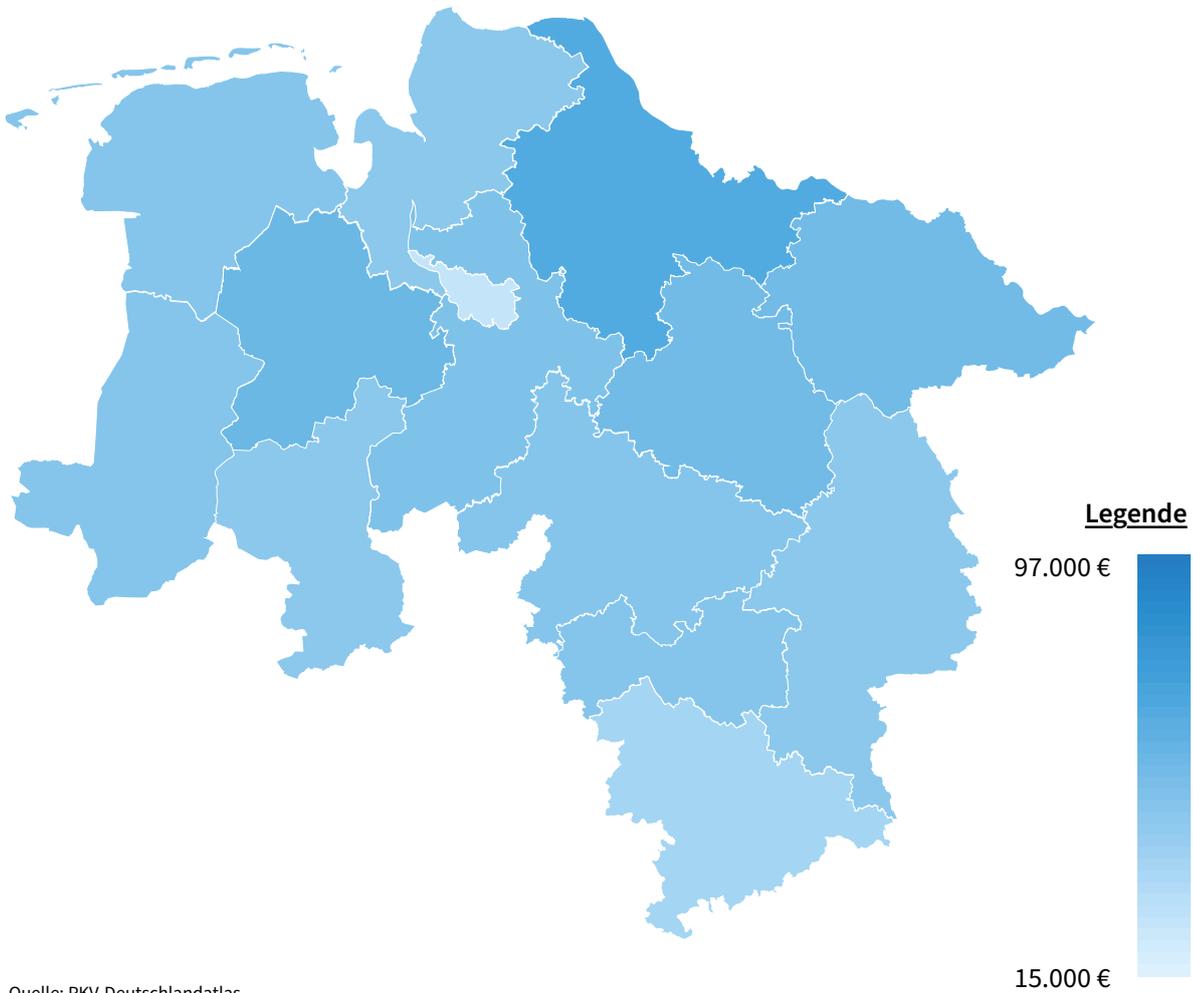
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen mit Bremen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 10: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

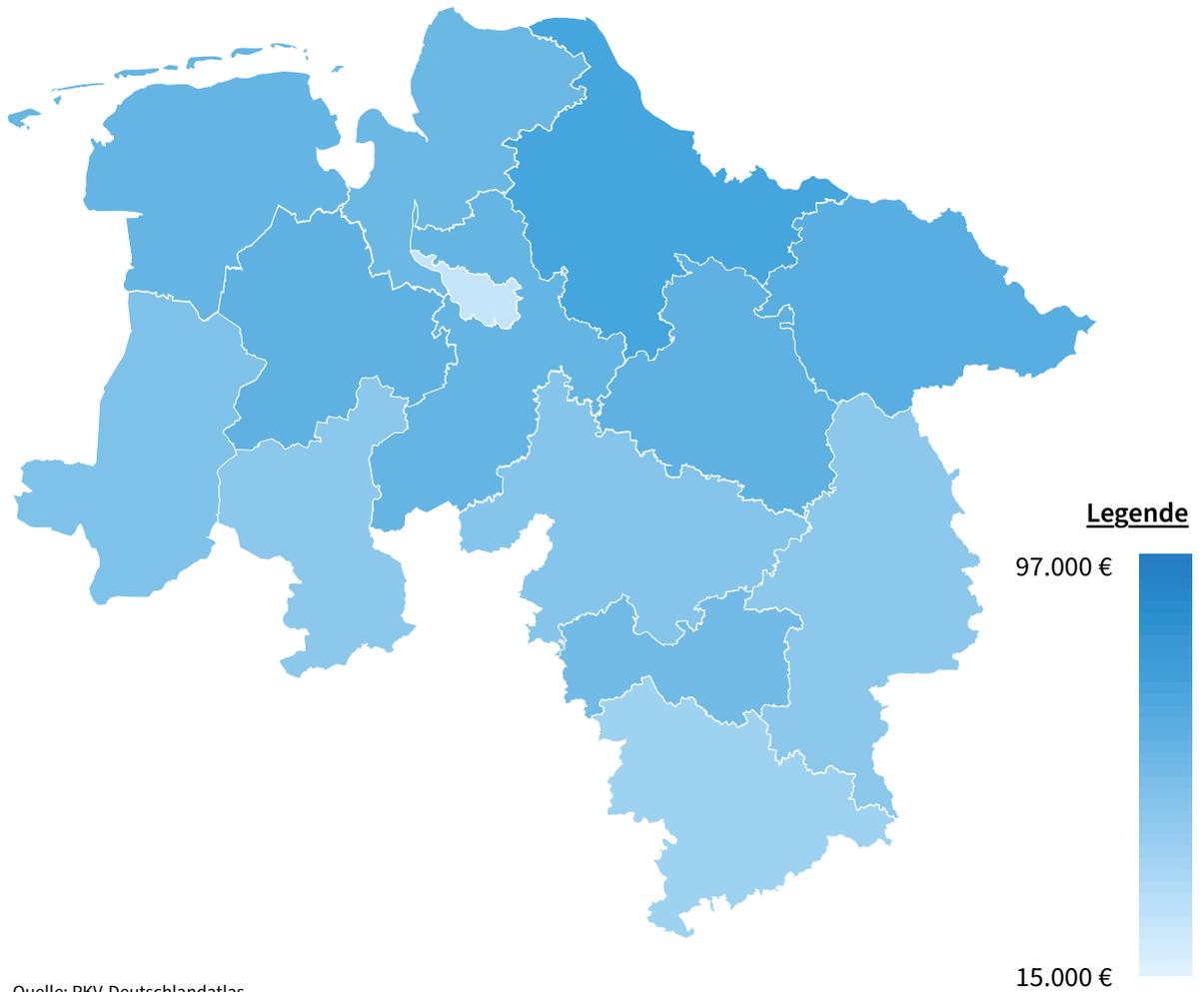
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen mit Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 11: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

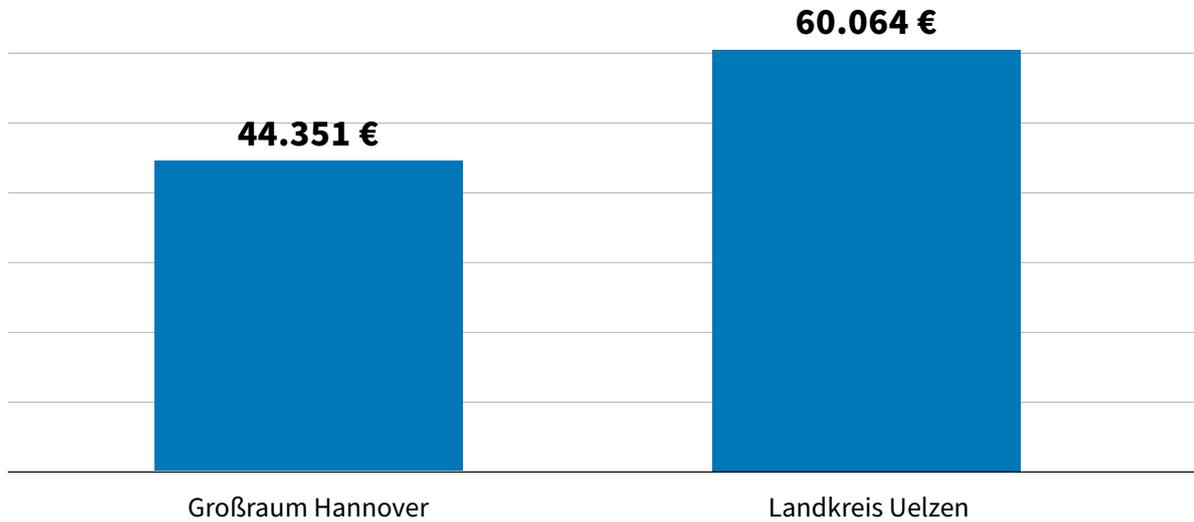
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Niedersachsen mit Bremen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Abbildung 12: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

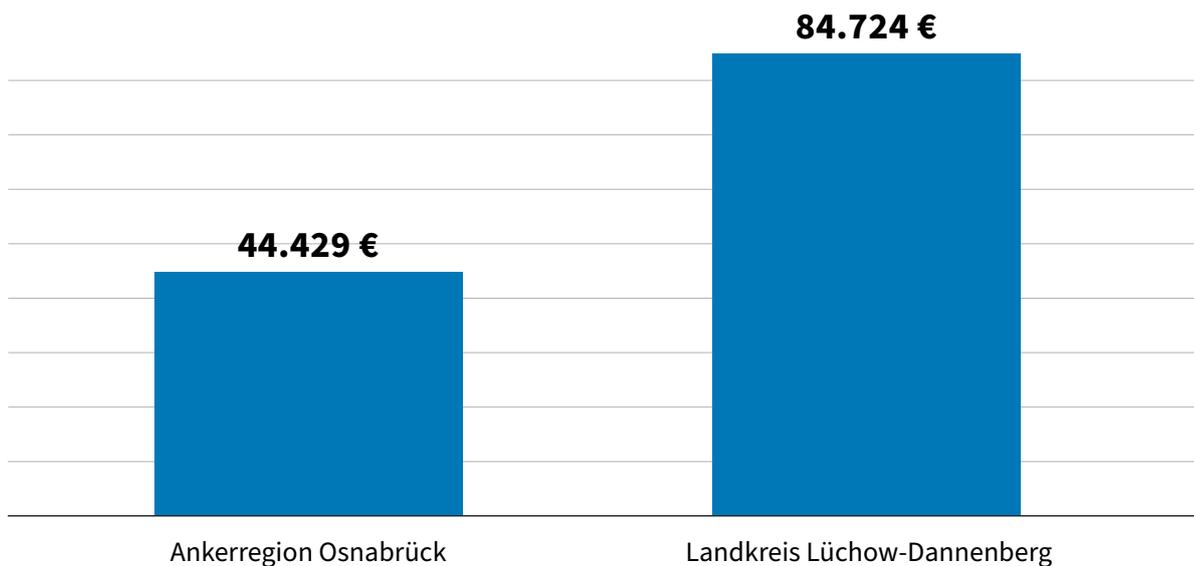
Großraum Hannover und Landkreis Uelzen im Vergleich



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

Abbildung 13: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

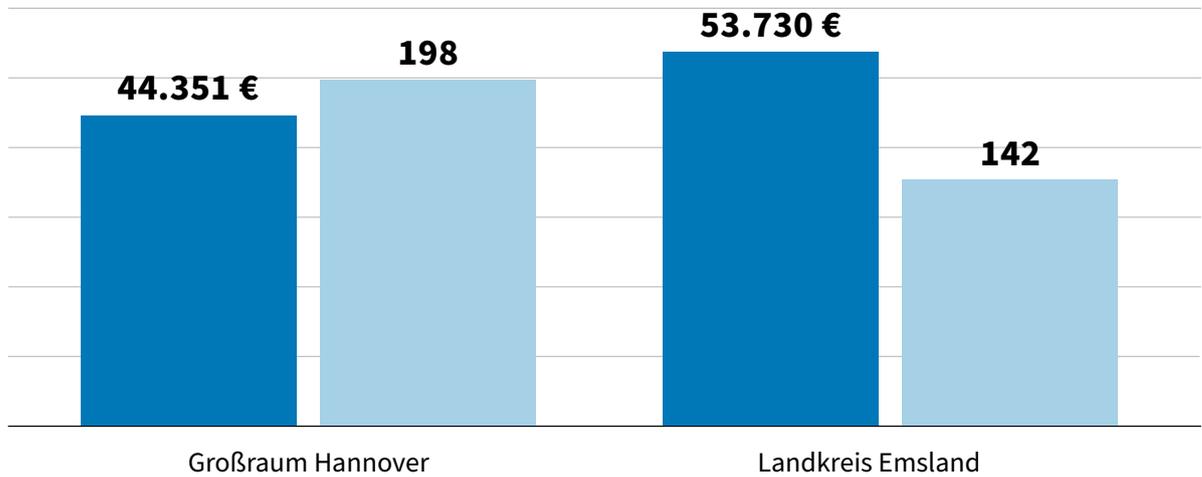
Ankerregion Osnabrück und Landkreis Lüchow-Dannenberg im Vergleich



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

Abbildung 14: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

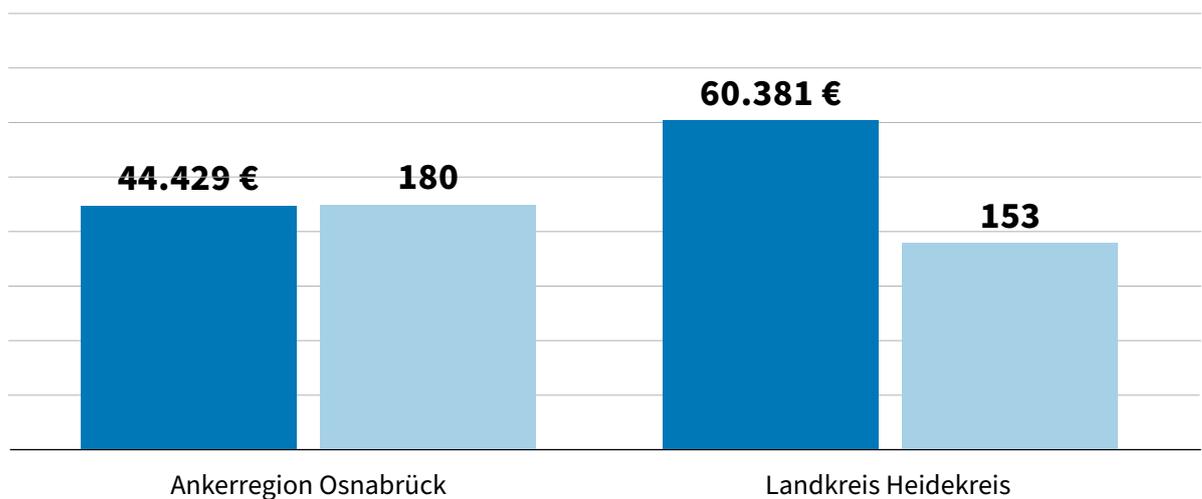
Großraum Hannover und Landkreis Emsland im Vergleich



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

Abbildung 15: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

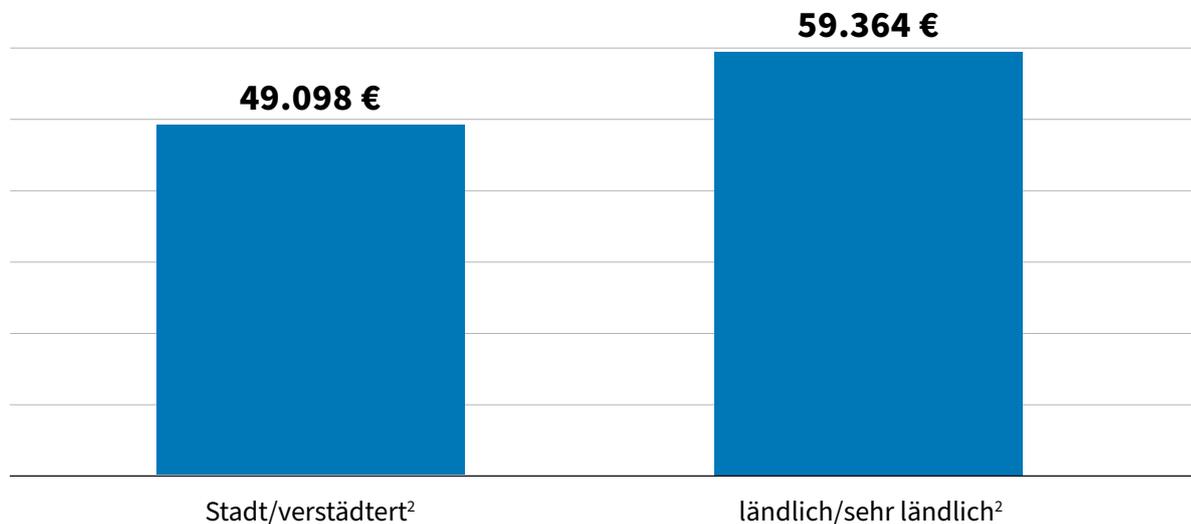
Ankerregion Osnabrück und Landkreis Heidekreis im Vergleich



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

Abbildung 16: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

Stadt und Land im Vergleich



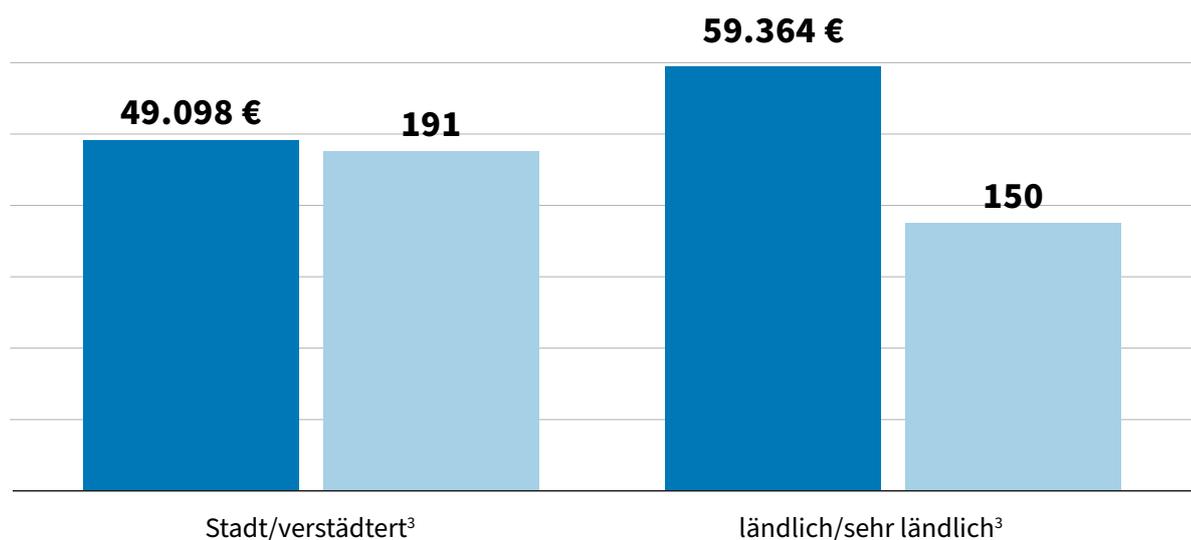
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

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

Stand September 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 September 2022



Verband der Privaten
Krankenversicherung

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