

PKV-Regionalatlas

Rheinland-Pfalz



Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die
medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung
des ländlichen und strukturschwachen Raums

Tim Poncelet
Frank Schulze Ehring





Verband der Privaten
Krankenversicherung

PKV-Regionalatlas Rheinland-Pfalz

Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die
medizinische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung
des ländlichen und strukturschwachen Raums

Tim Poncelet
Frank Schulze Ehring

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 - 0

Unter den Linden 21, 10117 Berlin

Telefon: (030) 20 45 89 - 20

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

Oktober 2020

ISBN 9820833-3-9

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Kartenverzeichnis	5
1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“	7
1.1 Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung	8
1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik.....	10
2 Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	11
2.1 Bundesland Rheinland-Pfalz.....	12
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz	13
2.2.1 Strukturdaten.....	13
2.2.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze.....	15
2.2.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	16
2.3 Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz	18
2.3.1 Strukturdaten.....	19
2.3.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze.....	20
2.3.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	20
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	21
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten.....	21
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern.....	23
3.3 Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	27
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz	30
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse.....	30
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse.....	32
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	33
5 Rangordnungen und Rankings	35
5.1 Ranking nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen.....	35
5.1 Ranking nach Ankerregionen	37
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit.....	39
Anhang.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rheinland-Pfalz Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze	13
Tabelle 2: Strukturdaten Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz	14
Tabelle 3: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner Regional verbleibende Mehrumsätze in Rheinland-Pfalz nach Landkreisen und kreis- freien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil).....	15
Tabelle 4: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland- Pfalz nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	17
Tabelle 5: Strukturdaten Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz.....	19
Tabelle 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner Regional verbleibende Mehrumsätze in Rheinland-Pfalz nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	20
Tabelle 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)	21
Tabelle 8: Altersadjustierte Mehrumsätze Altersadjustierte Mehrumsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil in rheinland-pfälzischen Beispielregionen im Vergleich.....	23
Tabelle 9: Gesamtkosten-Index Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes)	26
Tabelle 10: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (altersadjustiert)	28
Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Rheinland-Pfalz)	31
Tabelle 12: (Un-)gleichverteilung Altersadjustierte Realwert-Analyse (Rheinland-Pfalz).....	32
Tabelle 13: Stadt-Land-Analyse Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?.....	34
Tabelle 14: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städte Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	35
Tabelle 15: Ranking nach Raumordnungsregionen Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	36
Tabelle 16: Ranking nach Ankerregionen Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	38

Kartenverzeichnis

Abbildung 1:	Ambulante Ärztedichte nach Landkreisen und kreisfreien Städten	49
Abbildung 2:	Ambulante Ärztedichte nach Raumordnungsregionen	50
Abbildung 3:	PKV-Marktanteil nach Landkreisen und kreisfreien Städten.....	51
Abbildung 4:	PKV-Marktanteil nach Raumordnungsregionen.....	52
Abbildung 5:	Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten	53
Abbildung 6:	Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner nach Raumordnungsregionen ..	54
Abbildung 7:	Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten	55
Abbildung 8:	Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Landkreisen und kreisfreien Städten	56
Abbildung 9:	Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	57
Abbildung 10:	Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt nach Raumordnungsregionen	58
Abbildung 11:	Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt: Koblenz und Ankerregion Trier im Vergleich	59
Abbildung 12:	Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt: Ankerregion Rhein-Pfalz und Ankerregion Trier im Vergleich.....	59
Abbildung 13:	Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte: Ankerregion Rhein-Pfalz und Landkreis Vulkaneifel im Vergleich	60
Abbildung 14:	Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte: Stadt Mainz und Eifelkreis Bitburg-Prüm im Vergleich.....	60

1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“

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

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

Mit Blick auf das Ziel der regionalen „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ stehen alle Teilbereiche der Infrastruktur in sehr unterschiedlichen Regionen vor sehr unterschiedlichen Herausforderungen. Das gilt auch für das infrastrukturelle Angebot der Gesundheitsversorgung. Vor allem in ländlichen Regionen wird die Sicherstellung der medizinischen Versorgung als zunehmend problematisch wahrgenommen. Verliert die Gesundheitsversorgung (nicht nur auf dem Land) in Quantität und Qualität ihre Tragfähigkeit, kann das – zusammen mit anderen standortpolitischen Parametern – die Lebensbedingungen vor Ort verschlechtern und zu Standortnachteilen bis hin zu „abgehängten“ Regionen führen. Im Kern läuft es dabei auf die einfache Kausalität hinaus, dass es in den Regionen ohne eine gute allgemein- und fachärztliche Versorgung keine wettbewerbsfähigen Familienbetriebe, keine Mittelständler und auch keine „Weltmarktführer“ geben kann. Denn wo es kein Krankenhaus und kein 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 CDU, CSU und SPD (2018), S. 4, 16, 24, 60, 84, 109 & 163.

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

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

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung

Mit dem Ziel der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ rückt die Sicherung der Gesundheitsversorgung in das Blickfeld der Wirtschafts-, Gesundheits- und Regionalpolitik. Dabei sind die Voraussetzungen für Deutschland als Ganzes 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 Versorgungsengpässe unbestritten. In der gesundheitspolitischen Diskussion ist in diesem Zusammenhang immer wieder von einer offenkundigen Schiefelage, 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 die häufig zu hörende These – finanzielle Anreize oder Fehlanreize, die zum Beispiel von Vergütungssystemen, Honorarordnungen und Gebührenordnungen ausgehen.

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

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

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

Mit Hilfe der Mehrumsätze der Privatpatienten können Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in gut ausgebildetes Personal investieren. In der gesundheitsökonomischen

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

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

Literatur ist dieser Tatbestand überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁸ Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein (wichtiger) Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „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 vereinzelt 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 skizzierte 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 vertritt der SPD-Gesundheitsexperte Lauterbach regelmäßig die Position, dass es die meisten Ärzte dorthin ziehe, wo es viele Privatversicherte gibt. Und das sei vornehmlich in den Metropolen der Fall.¹⁴ Als vermeintlicher Beweis für diesen Zusammenhang werden oftmals Deutschlandkarten zur regionalen Ärztedichte und zum Regionalanteil der Privatversicherten zueinander in Beziehung gesetzt.¹⁵ Dabei werden Korrelationen zwischen diesen beiden Merkmalen skizziert. Signifikante kausale Zusammenhänge zwischen Ärzte- und Privatpatientendichte lassen sich dagegen wissenschaftlich nicht ableiten, sondern werden vom Betrachter entsprechender Visualisierungen zum Beispiel unter der Überschrift „Geld zieht Ärzte an“ im Kopf gedanklich hergestellt.¹⁶ Dabei ist zu beobachten, dass bei derartigen Vergleichen sowohl in der Politik als auch in der öffentlichen Diskussion nicht immer trennscharf zwischen Korrelation und Kausalität unterschieden wird.

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. 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>.

1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik

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

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

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

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

Der PKV-Deutschlandatlas setzt sich aus mehreren Regionalatlanten zusammen. Die Regionalatlanten orientieren sich in der Regel an den Grenzen der Bundesländer. Um zweckmäßige

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.

Größenordnungen zu gewährleisten, werden dabei kleinere Bundesländer zusammengefasst. Stadtstaaten wie zum Beispiel Berlin und Bremen sind anliegenden Flächenländern zugeordnet. Als Teilbericht liegt hier der Regionalatlas Rheinland-Pfalz vor.

Das Bundesland Rheinland-Pfalz ist mit rund 19.000 Quadratkilometern und 4,1 Mio. Einwohnern relativ dünn besiedelt. In Rheinland-Pfalz gibt es sowohl urbane Ballungsgebiete, aber auch zahlreiche ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Rheinland-Pfalz ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von Privatpatienten und der mit den Privatpatienten in Rheinland-Pfalz einhergehenden altersadjustierten Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Rheinland-Pfalz nicht nur auf eine Mehrumsatzdarstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahl in den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten mit den von ihnen ausgelösten Mehrumsätzen wo in Rheinland-Pfalz welchen absoluten und relativen finanziellen Nominal- und Realbeitrag zur medizinischen Versorgung leisten. .

2 Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil

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

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

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

2.1 Bundesland Rheinland-Pfalz

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren zum 31.12.2017 insgesamt 8.753.400 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,6 %.²⁰ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall über 480.000 Menschen die medizinische Infrastruktur in Rheinland-Pfalz. Damit sind in Rheinland-Pfalz 11,8 % der Bevölkerung privatversichert.²¹

Die Privatversicherten in Rheinland-Pfalz lösen Mehrumsätze aus. Die Mehrumsätze, die bei den medizinischen Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, summieren sich in Rheinland-Pfalz auf 662 Millionen € jährlich. Die medizinische Infrastruktur in Rheinland-Pfalz profitiert allerdings nur von denjenigen Mehrumsätzen, die man typischerweise auf wohnorts- oder arbeitsplatznahe medizinische Dienstleistungen beziehungsweise Leistungserbringer zurückführen kann. Das sind in der Regel ambulante ärztliche Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen und Leistungen der Heilmittelerbringer sowie Leistungen der Heilpraktiker und Apotheken. Erlöse aus dem Hilfs-, Verbands- und Arzneimittelbereich (Ausnahme: Apotheken) lassen sich dagegen weniger gut regional verortet zuordnen.

Im Ergebnis betragen – bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten in Rheinland-Pfalz – die von Privatpatienten ausgelösten, in der medizinischen Infrastruktur der Regionen verbleibenden Mehrumsätze in Rheinland-Pfalz rund 599 Millionen € jährlich. Das entspricht je Einwohner in Rheinland-Pfalz rund 147 €. ²² Von den in Rheinland-Pfalz rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 599 Millionen € lassen sich 337 Millionen € auf die ambulante ärztliche Versorgung²³ zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Mehrumsätze – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der Ärzte beziehen. Für Rheinland-Pfalz hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 48.600 € (44.700 €) entstehen.²⁴ Mit diesen jährlichen Mehrerlösen nach PKV-Marktanteilen könnte in Rheinland-Pfalz jeder ambulant niedergelassene Arzt zum Beispiel mehr als 1 Stelle im Bereich des medizinischen Praxispersonals finanzieren.²⁵

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

21 Bei einer Bevölkerung in Rheinland-Pfalz von 4,07 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand: 31.12.2016) entspricht das einem Marktanteil von ca. 11,81 %.

22 In Rheinland-Pfalz lebten laut Statistischem Bundesamt zum 31.12.2016 4.066.053 Menschen.

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

24 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Rheinland-Pfalz zum Stichtagsmonat Mai 2018 6.925 ambulant niedergelassene und 7.530 ambulant tätige Ärzte, d.h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

25 Eine medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsjahren verdiente in 2016 36.876 € jährlich. Das entspricht einem Arbeitgeber-Brutto von ca. 44.250 €, vgl. Kaiser, H.-J. (2016), Experiment Bürgerversicherung, S. 28, Fn. 40.

Tabelle 1: Rheinland-Pfalz

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

	Rheinland-Pfalz
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	185
PKV-Marktanteil	11,8 %
(rechnerische) Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	660 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	599 Mio. €
je Einwohner	147 €
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	337 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ³	48.600 € ³
je ambulant tätigem Arzt	44.700 € ³

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

² Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Rheinland-Pfalz zum Stichtagsmonat Mai 2018 6.925 ambulant niedergelassene und 7.530 ambulant tätige Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angestellte Ärzte.

³ gerundet auf volle Hunderter.

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz

Wie in jedem Flächen-Bundesland gibt es in Rheinland-Pfalz sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Demzufolge haben die landesweiten 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

Rheinland-Pfalz unterteilt sich in 24 Landkreise und 12 kreisfreie Städte. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 9 Raumeinheiten als städtisch (Regionstyp 1), 15 Regionen als verstädert (Regionstyp 2) und 12 Landkreise und kreisfreie Städte als ländlich (Regionstyp 3) eingeordnet. Der Mayen-Koblenz-Kreis ist mit rund 213.000 Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Rheinland-Pfalz. Mainz hat als kreisfreie Stadt mit rund 214.000 Menschen die meisten Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Mainz mit 630 Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Der Landkreis mit den meisten ambulant tätigen Ärzten ist mit 291 der Landkreis Mainz-Bingen. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 391 (97) Ärzten je 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Koblenz (im Landkreis Südwestpfalz) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz

	Regions- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	4,07 Mio.	7.530	6.925	185
Landkreis Ahrweiler	2	128.455	223	207	174
Landkreis Altenkirchen (Westerwald)	2	128.961	179	155	139
Landkreis Alzey-Worms	2	128.197	185	164	144
Landkreis Bad Dürkheim	1	132.960	207	186	156
Landkreis Bad Kreuznach	2	157.392	295	273	187
Landkreis Bernkastel-Wittlich	3	112.006	178	166	159
Landkreis Birkenfeld	2	80.799	109	108	135
Landkreis Cochem-Zell	2	61.864	97	89	157
Landkreis Donnersbergkreis	3	75.203	116	109	154
Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	98.021	116	110	118
Kreisfreie Stadt Frankenthal (Pfalz)	1	48.445	116	109	239
Landkreis Germersheim	1	128.205	194	192	151
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	99.302	263	255	265
Landkreis Kaiserslautern	3	105.504	170	156	161
Kreisfreie Stadt Koblenz	2	113.605	444	390	391
Landkreis Kusel	3	70.899	105	96	148
Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	46.006	131	122	285
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1	166.621	435	401	261
Kreisfreie Stadt Mainz	2	213.528	630	573	295
Landkreis Mainz-Bingen	2	209.184	376	331	180
Landkreis Mayen-Koblenz	2	212.968	291	278	137
Kreisfreie Stadt Neustadt	1	53.209	145	134	273
Landkreis Neuwied	2	181.537	307	283	169
Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	40.416	101	93	250
Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	103.026	198	175	192
Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	122.553	194	177	158
Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis	1	153.043	183	175	120
Kreisfreie Stadt Speyer	1	50.551	181	169	358
Landkreis Südliche Weinstraße	1	110.885	133	127	120
Landkreis Südwestpfalz	3	95.957	93	88	97
Kreisfreie Stadt Trier	3	110.111	305	273	277
Landkreis Trier-Saarburg	3	147.833	181	175	122
Landkreis Vulkaneifel	3	60.757	102	91	168
Landkreis Westerwaldkreis	2	201.027	291	259	145
Kreisfreie Stadt Worms	2	82.595	179	167	217
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	34.428	77	69	224

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 31.12.2016 (Statistisches Bundesamt).

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

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

2.2.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze

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

In Rheinland-Pfalz leben die meisten Privatversicherten in Koblenz, Landau und in Neustadt. Mit einem PKV-Marktanteil von 17,4 %, 16,4 % beziehungsweise 15,2 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in diesen städtischen oder verstädterten Regionen über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 3 im Anhang). Unter dem Durchschnitt sind dagegen sehr ländliche Regionen wie der Eifelkreis Bitburg-Prüm (7,6 %) und die kreisfreie Stadt Pirmasens (7,9 %) einzuordnen. Anteilig die wenigsten Privatversicherten leben allerdings mit 6,2 % in den kreisfreien Stadt Ludwigshafen am Rhein.

Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Rheinland-Pfalz ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 3,99 Mio. € (kreisfreie Stadt Pirmasens) beziehungsweise von 77 € je Einwohner (Stadt Ludwigshafen am Rhein) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3 nachzuvollziehende und in Abbildung 5 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 77 € bis 218 €. Der Durchschnitt liegt in Rheinland-Pfalz bei Mehrumsätzen von 147 € je Einwohner.

Tabelle 3: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Regions- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	599 Mio. €	147 €
Landkreis Ahrweiler	2	23.937.603 €	186 €
Landkreis Altkricken (Westerwald)	2	13.650.750 €	106 €
Landkreis Alzey-Worms	2	17.300.796 €	135 €
Landkreis Bad Dürkheim	1	21.982.033 €	165 €
Landkreis Bad Kreuznach	2	22.256.314 €	141 €
Landkreis Berncastel-Wittlich	3	14.427.440 €	129 €
Landkreis Birkenfeld	2	10.242.019 €	127 €
Landkreis Cochem-Zell	2	10.053.450 €	163 €
Landkreis Donnersbergkreis	3	9.365.111 €	125 €
Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	9.332.144 €	95 €
Kreisfreie Stadt Frankenthal (Pfalz)	1	5.063.648 €	105 €
Landkreis Germersheim	1	15.553.574 €	121 €
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	13.030.981 €	131 €
Landkreis Kaiserslautern	3	14.530.295 €	138 €
Kreisfreie Stadt Koblenz	2	24.715.611 €	218 €
Landkreis Kusel	3	7.472.836 €	105 €
Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	9.433.681 €	205 €

	Regions- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1	12.867.467 €	77 €
Kreisfreie Stadt Mainz	2	38.450.755 €	180 €
Landkreis Mainz-Bingen	2	37.879.776 €	181 €
Landkreis Mayen-Koblenz	2	39.992.267 €	188 €
Kreisfreie Stadt Neustadt	1	10.099.603 €	190 €
Landkreis Neuwied	2	25.601.750 €	141 €
Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	3.991.578 €	99 €
Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	16.323.670 €	158 €
Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	18.503.412 €	151 €
Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis	1	24.285.729 €	159 €
Kreisfreie Stadt Speyer	1	8.469.742 €	168 €
Landkreis Südliche Weinstraße	1	19.193.071 €	173 €
Landkreis Südwestpfalz	3	13.793.165 €	144 €
Kreisfreie Stadt Trier	3	15.507.421 €	141 €
Landkreis Trier-Saarburg	3	19.440.978 €	132 €
Landkreis Vulkaneifel	3	8.199.417 €	135 €
Landkreis Westerwaldkreis	2	30.289.580 €	151 €
Kreisfreie Stadt Worms	2	9.028.853 €	109 €
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	4.851.344 €	141 €

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 = Städtische Region, 2 = Region mit Verstärkungsansätzen, 3 = Ländliche Region.

2.2.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Mehrumsätzen entfallen in Rheinland-Pfalz 337 Mio. € speziell auf die Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um auch bei diesen Mehrumsätzen Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Mehrumsätze der Privatpatienten mit Bezug zur Zahl der regional niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Ärzte analysiert, tabellarisch aufgearbeitet und in Abbildung 7 (vgl. Anhang) grafisch visualisiert.

Von den genannten Mehrumsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 337 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen abseits der städtisch und industriell geprägten Rheinschiene (Tabelle 4). Zum Beispiel liegen im ländlichen Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 47.689 €. In der Gesamtbilanz wird in Rheinland-Pfalz pro Arztpraxis ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 18.037 € (Stadt Ludwigshafen) nicht unterschritten. Je ambulant niedergelassenem Arzt ergibt sich für Rheinland-Pfalz damit eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 18.037 € und 88.106 € (Landkreis Südwestpfalz). Der Durchschnitt liegt bei rund 48.600 €.

Tabelle 4: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Regions- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	337 Mio. €	44.700 €²	48.600 €²
Landkreis Ahrweiler	2	13.455.725 €	60.340 €	65.004 €
Landkreis Altenkirchen	2	7.673.314 €	42.868 €	49.505 €
Landkreis Alzey-Worms	2	9.725.065 €	52.568 €	59.299 €
Landkreis Bad Dürkheim	1	12.356.466 €	59.693 €	66.433 €
Landkreis Bad Kreuznach	2	12.510.644 €	42.409 €	45.827 €
Landkreis Berncastel-Wittlich	3	8.109.904 €	45.561 €	48.855 €
Landkreis Birkenfeld	2	5.757.209 €	52.818 €	53.307 €
Landkreis Cochem-Zell	2	5.651.212 €	58.260 €	63.497 €
Landkreis Donnersbergkreis	3	5.264.285 €	45.382 €	48.296 €
Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	5.245.754 €	45.222 €	47.689 €
Kreisfreie Stadt Frankenthal	1	2.846.361 €	24.538 €	26.113 €
Landkreis Germersheim	1	8.742.923 €	45.067 €	45.536 €
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	7.324.931 €	27.851 €	28.725 €
Landkreis Kaiserslautern	3	8.167.721 €	48.045 €	52.357 €
Kreisfreie Stadt Koblenz	2	13.893.056 €	31.291 €	35.623 €
Landkreis Kusel	3	4.200.606 €	40.006 €	43.756 €
Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	5.302.829 €	40.480 €	43.466 €
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1	7.233.017 €	16.628 €	18.037 €
Kreisfreie Stadt Mainz	2	21.613.809 €	34.308 €	37.720 €
Landkreis Mainz-Bingen	2	21.292.852 €	56.630 €	64.329 €
Landkreis Mayen-Koblenz	2	22.480.319 €	77.252 €	80.864 €
Kreisfreie Stadt Neustadt	1	5.677.155 €	39.153 €	42.367 €
Landkreis Neuwied	2	14.391.169 €	46.877 €	50.852 €
Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	2.243.733 €	22.215 €	24.126 €
Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	9.175.807 €	46.342 €	52.433 €
Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	10.401.076 €	53.614 €	58.763 €
Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis	1	13.651.412 €	74.598 €	78.008 €
Kreisfreie Stadt Speyer	1	4.760.983 €	26.304 €	28.171 €
Landkreis Südliche Weinstraße	1	10.788.744 €	81.118 €	84.951 €
Landkreis Südwestpfalz	3	7.753.368 €	83.370 €	88.106 €
Kreisfreie Stadt Trier	3	8.716.979 €	28.580 €	31.930 €
Landkreis Trier-Saarburg	3	10.928.097 €	60.376 €	62.446 €
Landkreis Vulkaneifel	3	4.609.029 €	45.187 €	50.649 €
Landkreis Westerwaldkreis	2	17.026.277 €	58.510 €	65.739 €
Kreisfreie Stadt Worms	2	5.075.268 €	28.353 €	30.391 €
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	2.727.021 €	35.416 €	39.522 €

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.

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

2.3 Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz

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

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel skizzieren. Die kreisfreien Städte Frankenthal (Pfalz) und Ludwigshafen werden im Osten vom Rhein und im Westen vom Landkreis Rhein-Pfalz umschlossen. Sitz der Kreisverwaltung des Rhein-Pfalz-Kreises ist die kreisfreie Stadt Ludwigshafen, die selbst nicht Teil des Landkreises ist. Alle drei Verwaltungseinheiten sind auf relativ kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. Der Rhein-Pfalz-Kreis hat 153.000 Einwohner, die kreisfreie Stadt Frankenthal lediglich 48.000 Einwohner. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Frankenthal mit 239 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Rhein-Pfalz-Kreis liegt (120 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 Rhein-Pfalz als „Speckgürtel“ der Städte Frankenthal und Ludwigshafen mit einem PKV-Marktanteil von 12,7 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in Frankenthal (8,4 %) oder Ludwigshafen (6,2 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Städte Ludwigshafen und Frankenthal (des Landkreises Rhein-Pfalz-Kreis) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Rhein-Pfalz-Kreis entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 78.008 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der Stadt Frankenthal (Stadt Ludwigshafen), liegen diese Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei nur rund 26.113 € (18.037 €). Ein Ergebnis, das mit der Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

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

2.3.1 Strukturdaten

Von den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland liegen 5 Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz. Davon wiederum wird vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung eine Raumordnungsregion als städtische Region (Regionstyp 1), zwei als Regionen mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) und zwei als ländliche Regionen (Regionstyp 3) definiert. In der einwohnerstärksten Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald (Regionstyp 2) – zusammengesetzt aus der kreisfreien Stadt Koblenz und 8 Landkreisen – leben 1,25 Mio. Menschen. Die ländliche Raumordnungsregion Westpfalz (Regionstyp 3) hat dagegen nur rund 521.000 Einwohner. Die Region Westpfalz fasst sieben Landkreise zusammen..

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz

	Regionstyp ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	4,07 Mio.	7.530	6.925	185
Mittelrhein-Westerwald	2	1.253.996	2.224	2.013	177
Rheinhessen-Nahe	2	871.695	1.774	1.616	204
Rheinpfalz	1	889.925	1.725	1.615	194
Trier	3	528.728	882	815	167
Westpfalz	3	521.709	925	866	177

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 31.12.2016 (Statistisches Bundesamt).

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

4 Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

Die Ärztedichte ist mit 204 (167) ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner in der Raumordnungsregion Rheinhessen-Nahe (Trier) 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 97 (Landkreis Südwestpfalz) und 391 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner (Stadt Koblenz), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 167 bis 204 ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner.

2.3.2 PKV-Marktanteile und regional verbleibende Mehrumsätze

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

Tabelle 6: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	599 Mio. €	147 €
Mittelrhein-Westerwald	2	203.068.094 €	162 €
Rheinhessen-Nahe	2	135.158.513 €	155 €
Rheinpfalz	1	126.948.547 €	143 €
Trier	3	66.907.400 €	127 €
Westpfalz	3	67.035.310 €	128 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

In Rheinland-Pfalz leben die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald. Mit einem PKV-Marktanteil von 13,0 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl in dieser (verstädterten) Region über dem Landesdurchschnitt (vgl. Abbildung 4 im Anhang). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 10,1 % (10,3 %) in der Raumordnungsregion Trier (Westpfalz). Damit gibt es auch im sehr ländlichen Raum einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht auch in ländlichen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 127 € je Einwohner (Raumordnungsregion Trier) nicht unterschreitet. Je Einwohner ergibt sich damit für Rheinland-Pfalz, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6 nachzuvollziehende und in Abbildung 6 visualisierte „Mehrumsatzspanne“ von 127 € bis zu 162 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [77 € bis 218 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Rheinland-Pfalz bei 147 € je Einwohner.

2.3.3 Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die in der Region verbleibenden Mehrumsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Rheinland-Pfalz auf 337 Mio. € p.a. Davon profitieren auch sehr ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 43.512 € je niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Westpfalz) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Rheinland-Pfalz je niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 43.512 € und 56.705 € (vgl. Abbildung 9). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 18.037 € und 88.106 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je nieder-

gelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Rheinland-Pfalz bei rund 48.600 €. Im Einzelnen:

Tabelle 7: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	337 Mio. €	44.700 €²	48.600 €²
Mittelrhein-Westerwald	2	114.147.953 €	51.326 €	56.705 €
Rheinhessen-Nahe	2	75.974.849 €	42.827 €	47.014 €
Rheinpfalz	1	71.359.890 €	41.368 €	44.186 €
Trier	3	37.609.763 €	42.641 €	46.147 €
Westpfalz	3	37.681.663 €	40.737 €	43.512 €

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.

3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte

Die Häufigkeit der Privatversicherten in den Regionen – der regionale PKV-Marktanteil – ist lediglich einer von drei bestimmenden Faktoren, mit denen die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur in den Raumordnungseinheiten quantifiziert werden kann. Als weitere wichtige 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 [„Mehrumsätze in (wirtschaftsstarken) Städten sind i. d. R. real weniger wert“] – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Analyse der regionalen Bedeutung der Privatversicherten vorgenommen. Im Ergebnis werden im PKV-Deutschlandatlas Verzerrungen durch regionale Alters- und (ärztliche) Kostenunterschiede weitestgehend vermieden.

3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten

Die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur hängt regional nicht nur von der Zahl der Privatversicherten, sondern auch vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte. In diesem Zusammenhang ist unter anderem in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) von altersabhängigen Kopfschäden die Rede. Die Kopfschäden sind nach § 6 KVAV als die in einem Beobachtungszeitraum auf Versicherte im Durchschnitt

entfallenden Versicherungsleistungen definiert. Dabei zeigt sich unter anderem, dass nach der Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes die durchschnittlichen Kopfschäden bei 30-jährigen Versicherten mit rund 2.400 € jährlich weit unter dem durchschnittlichen Kopfschaden eines 70-jährigen Versicherten (rund 6.000 €) liegen.²⁶

Für die regional verbleibenden Mehrumsätze sind die altersabhängigen Kopfschäden dann von Belang, wenn es regionale Altersunterschiede der Privatversicherten gibt. Das ist in der Regel der Fall: So liegt der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland bei 45,37, in Rheinland-Pfalz bei 45,58 Jahren.²⁷ Mit 50,7 Jahren sind die Privatversicherten in der Stadt Pirmasens (Regionstyp 3, ländlich) am ältesten. Dagegen leben im zur Metropolregion Rhein-Neckar gehörenden Landkreis Germersheim (Regionstyp 1, städtisch) oder in der kreisfreien Stadt Mainz (Regionstyp 2, verstädtert) mit durchschnittlich 43,7 Jahren beziehungsweise 44,8 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Im Trend sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Regionstyp 1/2) jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen (Regionstyp 3).

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 ländlichen Gebieten (Regionstyp 3) i.d.R. leicht bis deutlich unterschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die in der sehr ländlich geprägten Stadt Pirmasens regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 99 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in Pirmasens aber bei altersadjustierten 117 € je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in Pirmasens altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 28.557 € an. Damit liegen die altersadjustierten Mehrumsätze in Pirmasens über 18 % über den anfänglich ermittelten Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen [24.126 €].

²⁶ PKV-Kopfschadensstatistik.

²⁷ PKV-Verbandsstatistik.

Tabelle 8: Altersadjustierte Mehrumsätze

Altersadjustierte Mehrumsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil in rheinland-pfälzischen Beispielregionen im Vergleich

	Ø-Alter der Privat- versicherten	Reg.- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze - je Einwohner -		Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung - je niedergelassener Arzt -	
			nach PKV- Marktanteil	alters- adjustiert	nach PKV- Marktanteil	alters- adjustiert
Rheinland-Pfalz	45,58	-	147 €	148 €	48.632 €	48.764 €
Kreisfreie Städte & Landkreise						
<i>zunächst <u>unterschätzte</u> Beispielregionen</i>						
Stadt Pirmasens	50,71	3	99 €	117 €	24.126 €	28.557 €
Stadt Zweibrücken	47,48	3	141 €	149 €	39.552 €	42.550 €
<i>zunächst <u>überschätzte</u> Beispielregionen</i>						
Landkreis Rhein- Pfalz-Kreis	44,27	1	159 €	153 €	78.008 €	75.693 €
Stadt Landau	44,37	1	205 €	199 €	43.466 €	42.259 €

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.

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei städtischen oder verstärkten Regionen (Regionstyp 1 & 2). Hier stellen die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil in der Regel nur eine leichte Überschätzung dar. So sind zum Beispiel die im Rhein-Pfalz-Kreis (Regionstyp 1) verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 159 € je Einwohner und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Rhein-Pfalz-Kreis bei altersadjustierten 153 € je Einwohner. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen im Rhein-Pfalz-Kreis nicht 78.008 €, sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 75.693 € an. Weitere Beispiele lassen sich der Tabelle 8 entnehmen.

3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern

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

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

Angelehnt an die Vorgehensweise des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Lebenshaltungskosten in Deutschland wird als Ausgangspunkt ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte gebildet. Grundlage für einen derartigen „Kosten-Warenkorb“ soll das sogenannte Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise²⁸ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärzte sein. Letztere lässt sich dem Zi-Praxis-Panel (2018) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entnehmen. Dem Zi-Praxis-Panel zufolge umfassen die Betriebskosten der Praxen Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete und Nebenkosten der Praxisräume, Beiträge für Versicherungen und Gebühren, Kosten für Kraftfahrzeughaltung, Abschreibungen, Ausgaben für Geräte, Kosten für Wartung und Instandhaltung, Fremdkapitalzinsen sowie Kosten für die Nutzung externer Infrastruktur und sonstige Aufwendungen.²⁹

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 52 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 52 % der Praxisaufwendungen auf Personalkosten entfallen. Aufwendungen für das Praxispersonal beinhalten die Gehälter für sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal sowie angestelltes und nicht-angestelltes Personal.³⁰
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 23 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 11,7 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen. Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist in diesem Anteil allerdings ausdrücklich nicht der Mietwert von Praxisräumen im Eigentum der Praxisinhaber enthalten. Weil es bei den Ärzten sehr viele Praxisräume 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 %.³¹ Für einen im Folgenden zu nutzenden regionalen Kosten-Index der niedergelassenen Ärzte erscheint demzufolge summa summarum eine annähernde Verdopplung des Ausgangsgewichtes für Mieten [von 11,7 %] auf 23 % angemessen.
- › **Regional abweichende Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit 5 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2018) ist zu entnehmen, dass 6,2 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Abschreibungen entfallen. Abschreibungen beinhalten – neben Abschreibungen auf

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

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

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

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

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.³²

- › **Sonstige regional abweichende Kosten mit 5%:** In diese Kategorie fallen unter anderem Aufwendungen für die Nutzung von regionaler Infrastruktur in ambulanten OP-Zentren und Belegkrankenhäusern sowie ähnliche Zahlungen im Rahmen der praxisbedingten Leistungserbringung.
- › **Praxiskosten und -aufwendungen, die deutschlandweit einheitlich oder quasieinheitlich sind, mit 15%:** Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2017) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 10,33 €/m² (Stadt Mainz) und 4,36 €/m² (Stadt Pirmasens) entnehmen.³³ Regionale Lohnunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2017). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte in Rheinland-Pfalz zwischen 2.642 € (Landkreis Südwestpfalz) und 4.534 € (Ludwigshafen am Rhein).³⁴

Eine unmittelbare Datenbasis für den Teilindex „Regional abweichende Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ gibt es dagegen nicht. Hilfsweise soll hier deshalb der in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte PKV-Anteil zu Grunde gelegt werden. Diese mittelbare Vorgehensweise fußt auf der Annahme, je städtischer die Region, desto höher der Praxiswert, der bei Praxisübernahme veranschlagt wird. Ähnliches gilt für „sonstige regional abweichende Kosten“. Um sich dieser Kostenart zumindest mittelbar zu nähern, wird die Wirtschaftskraft der rheinland-pfälzischen Landkreise und kreisfreien Städte – gemessen als Bruttoinlandsprodukt – zu Grunde gelegt. Die entsprechenden Daten lassen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Länder (VGRdL) entnehmen.³⁵

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

32 Vgl. ZI-Praxis-Panel (2018), Jahresbericht 2016, S. 87 f.

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

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

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

Tabelle 9: Gesamtkosten-Index

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

	Regionstyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen	Index Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamtindex
Gewichtung	-	52 %	23 %	5 %	5 %	15 %	100 %
Rheinland-Pfalz insgesamt	-	100	100	100	100	100	100
Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald	2	95,3	87,5	112,5	97,9	100	95,2
Landkreis Ahrweiler	2	90,8	94,4	124,3	64,7	100	93,4
Landkreis Altenkirchen (Westerwald)	2	94,8	74,2	70,6	67,7	100	88,3
Landkreis Cochem-Zell	2	89,2	73,2	108,4	76,0	100	87,4
Kreisfreie Stadt Koblenz	2	104,0	108,6	145,1	178,6	100	110,2
Landkreis Mayen-Koblenz	2	92,3	84,4	125,2	79,5	100	92,7
Landkreis Neuwied	2	96,5	84,0	94,0	79,5	100	93,2
Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	94,0	74,8	105,6	91,0	100	90,9
Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	93,6	79,1	100,7	66,1	100	90,2
Landkreis Westerwaldkreis	2	91,7	83,9	100,5	90,1	100	91,5
Raumordnungsregion Rheinhessen-Nahe	2	101,6	118,3	105,8	103,6	100	105,5
Landkreis Alzey-Worms	2	88,3	93,6	90,0	64,0	100	90,1
Landkreis Bad Kreuznach	2	97,4	90,7	94,3	76,2	100	95,0
Landkreis Birkenfeld	2	88,6	68,3	84,5	74,9	100	84,8
Kreisfreie Stadt Mainz	2	110,2	152,8	120,1	144,6	100	120,7
Landkreis Mainz-Bingen	2	103,3	115,5	120,7	88,6	100	105,8
Kreisfreie Stadt Worms	2	96,2	104,4	72,9	94,0	100	97,4
Raumordnungsregion Rheinpfalz	1	109,3	106,3	92,9	116,7	100	106,7
Landkreis Bad Dürkheim	1	91,4	97,9	110,2	57,3	100	93,4
Kreisfreie Stadt Frankenthal (Pfalz)	1	108,1	99,8	69,7	86,0	100	102,0
Landkreis Germersheim	1	118,9	102,5	80,9	99,7	100	109,4
Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	94,6	117,1	136,7	106,0	100	103,3
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen am Rhein	1	140,6	111,7	51,5	216,7	100	127,2
Kreisfreie Stadt Neustadt an der Weinstraße	1	90,9	102,3	126,6	78,0	100	96,1
Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis	1	88,4	102,3	105,8	45,3	100	92,1
Kreisfreie Stadt Speyer	1	103,7	119,1	111,7	131,3	100	108,5
Landkreis Südliche Weinstraße	1	92,6	94,8	115,4	64,2	100	93,9
Raumordnungsregion Trier	3	93,6	101,6	86,6	83,5	100	95,6
Landkreis Bernkastel-Wittlich	3	89,7	81,6	85,9	82,3	100	88,8
Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	96,7	90,5	63,5	71,0	100	92,8
Kreisfreie Stadt Trier	3	97,7	127,2	93,9	108,9	100	105,2
Landkreis Trier-Saarburg	3	89,9	100,7	87,7	50,9	100	91,8
Landkreis Vulkaneifel	3	91,4	73,8	90,0	81,7	100	88,1
Raumordnungsregion Westpfalz	3	97,0	81,7	84,8	82,8	100	92,6
Landkreis Donnersbergkreis	3	105,2	80,9	83,0	74,7	100	96,2
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	105,6	96,3	87,5	119,8	100	102,4

	Regionstyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen	Index Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamtindex
Landkreis Kaiserslautern	3	89,7	84,6	91,8	56,1	100	88,5
Landkreis Kusel	3	89,7	73,2	70,3	43,0	100	84,2
Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	94,0	64,5	65,9	95,8	100	86,8
Landkreis Südwestpfalz	3	81,9	70,8	95,8	40,8	100	80,7
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	103,8	74,4	94,0	115,3	100	96,5

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

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 %.³⁶ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.³⁷

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 lediglich der Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung dargestellt werden. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse im Detail. Die Abbildungen

³⁶ Der Kostenanteil „Personal“ beträgt in ambulanten Arztpraxen 51,9 %, in Krankenhäusern 61,3 %, im ambulanten Zahnarztpraxen 39,9 %, bei Heilmittelerbringern 13,9 % und bei Apotheken 10,8 %. Der Kostenanteil „Miete“ beträgt – soweit es Angaben gibt – in ambulanten Arztpraxen 11,7 %, in Zahnarztpraxen 6,7 % und bei Heilmittelerbringern 19,9 %. Quellen: ZI-Praxispanel (2018); Statistisches Bundesamt (2016/2017/2018); Deutscher Apotheker Verband (2017).

³⁷ 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).

8 und 10 (vgl. Anhang) visualisieren die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze für die ambulant niedergelassenen Ärzte als Landkarte innerhalb der rheinland-pfälzischen Landesgrenzen. Im Einzelnen:

Tabelle 10: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
	Reg.- typ ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominawert
Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald	1	104.554.985 €	45.380 €	57.165 €	53.954 €
Landkreis Ahrweiler	2	15.621.312 €	70.051 €	75.465 €	65.004 €
Landkreis Altenkirchen (Westerwald)	2	8.735.474 €	48.802 €	56.358 €	49.505 €
Landkreis Cochem-Zell	2	6.204.527 €	63.964 €	69.714 €	63.497 €
Kreisfreie Stadt Koblenz	2	12.821.918 €	28.878 €	32.877 €	35.623 €
Landkreis Mayen-Koblenz	2	23.459.189 €	80.616 €	84.386 €	80.864 €
Landkreis Neuwied	2	15.835.410 €	51.581 €	55.956 €	50.852 €
Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	9.921.214 €	50.107 €	56.693 €	52.433 €
Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	11.909.095 €	61.387 €	67.283 €	58.763 €
Landkreis Westerwaldkreis	2	17.907.464 €	61.538 €	69.141 €	65.739 €
Raumordnungsregion Rheinhessen-Nahe	2	73.554.033 €	41.462 €	45.516 €	47.014 €
Landkreis Alzey-Worms	2	10.464.835 €	56.567 €	63.810 €	59.299 €
Landkreis Bad Kreuznach	2	13.602.736 €	46.111 €	49.827 €	45.827 €
Landkreis Birkenfeld	2	7.203.940 €	66.091 €	66.703 €	53.307 €
Kreisfreie Stadt Mainz	2	17.544.519 €	27.848 €	30.619 €	37.720 €
Landkreis Mainz-Bingen	2	19.381.033 €	51.545 €	58.553 €	64.329 €
Kreisfreie Stadt Worms	2	5.356.971 €	29.927 €	32.078 €	30.391 €
Raumordnungsregion Rheinpfalz	1	71.662.494 €	41.543 €	44.373 €	44.186 €
Landkreis Bad Dürkheim	1	13.383.826 €	64.656 €	71.956 €	66.433 €
Kreisfreie Stadt Frankenthal (Pfalz)	1	2.861.629 €	24.669 €	26.253 €	26.113 €
Landkreis Germersheim	1	7.682.673 €	39.601 €	40.014 €	45.536 €
Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	4.992.907 €	38.114 €	40.925 €	43.466 €
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1	5.916.771 €	13.602 €	14.755 €	18.037 €
Kreisfreie Stadt Neustadt	1	6.507.374 €	44.878 €	48.562 €	42.367 €
Landkreis Rhein-Pfalz-Kreis	1	14.390.151 €	78.635 €	82.229 €	78.008 €
Kreisfreie Stadt Speyer	1	4.515.303 €	24.946 €	26.718 €	28.171 €
Landkreis Südliche Weinstraße	1	11.411.859 €	85.803 €	89.857 €	84.951 €
Raumordnungsregion Trier	3	40.557.759 €	45.984 €	49.764 €	46.147 €
Landkreis Berncastel-Wittlich	3	9.371.408 €	52.648 €	56.454 €	48.855 €
Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	5.640.124 €	48.622 €	51.274 €	47.689 €
Kreisfreie Stadt Trier	3	8.518.373 €	27.929 €	31.203 €	31.930 €
Landkreis Trier-Saarburg	3	11.697.435 €	64.627 €	66.842 €	62.446 €
Landkreis Vulkaneifel	3	5.330.419 €	52.259 €	58.576 €	50.649 €

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
	Reg.- typ ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominawert
Raumordnungsregion Westpfalz	3	42.446.922 €	45.889 €	49.015 €	43.512 €
Landkreis Donnersbergkreis	3	5.436.152 €	46.863 €	49.873 €	48.296 €
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	7.537.659 €	28.660 €	29.559 €	28.725 €
Landkreis Kaiserslautern	3	9.031.852 €	53.129 €	57.896 €	52.357 €
Landkreis Kusel	3	5.026.565 €	47.872 €	52.360 €	43.756 €
Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	3.060.606 €	30.303 €	32.910 €	24.126 €
Landkreis Südwestpfalz	3	9.384.548 €	100.909 €	106.643 €	88.106 €
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	2.969.539 €	38.565 €	43.037 €	39.522 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In ländlichen Regionen (Regionstyp 3) 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 Südwestpfalz (Vulkaneifel) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 88.106 € (50.649 €) real 106.643 € (58.576 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region – wenn der ärztliche „Kosten-Warenkorb“ der Mehrumsätze mit in die Betrachtungen einbezogen wird – im rheinland-pfälzischen Realwert-Vergleich gut da.

In städtischen und verstädterten Regionen (Regionstyp 1 & 2) zeigt sich ein heterogeneres Bild. Es existieren Städte und Landkreise, in denen die preisbereinigten Realwerte von Mehrumsätzen unterhalb, aber auch vielerorts oberhalb der Nominalwerte liegen. Es ergibt sich kein eindeutiger Trend. Liegen zum Beispiel in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Mainz (Landkreis Südliche Weinstraße) bei 21,6 Mio. € (10,8 Mio. €) oder 37.720 € (84.951 €) je niedergelassenem Arzt, zeigen die preisbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ („erhöhte“) Größenordnung von 17,5 Mio. € (11,4 Mio. €) an. Damit liegt die Stadt Mainz (der Landkreis Südliche Weinstraße) mit einem Mehrumsatz-Realwert von 30.619 € (89.857 €) je ambulant niedergelassenem Arzt am unteren (oberen) Ende der Landkreise und kreisfreien Städte.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Kreisen, Städten und Raumordnungsregionen immer ein „Sockel-Mehrumsatz“, der in der sehr kleinen kreisfreien Stadt Frankenthal einen jährlichen Realwert von 2,9 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Trier einen Realwert von 40,6 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 14.775 € (Stadt Ludwigshafen am Rhein) beziehungsweise 44.373 € (Raumordnungsregion Rheinpfalz) zur Verfügung. Für Rheinland-Pfalz ergibt sich damit zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 14.775 € und 106.643 € (44.373 € und 60.813 €).

4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz

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 Rheinland-Pfalz auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 11,2 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel der Eifelkreis Bitburg-Prüm mit einem PKV-Marktanteil von 7,6 % von einem PKV-Marktanteil von rund 17 % in der kreisfreien Stadt Koblenz kontrastiert wird. Im Kern werden in Rheinland-Pfalz damit die Verteilung der Privatversicherten und deren Mehrumsätze unter anderem auch von größeren Städten beeinflusst. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung in Rheinland-Pfalz überzeichnen, zumal 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 11 fasst die Messungen zur (Un-)gleichverteilung von Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen zu Nominalwerten zusammen. Dabei zeigt sich unter anderem, dass sich die Verteilung der ambulant tätigen Ärzte je 100.000 Einwohner zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten – wie prinzipiell bekannt und in Abbildung 1 im Anhang grafisch veranschaulicht – streut. Die Variationsweite als Differenz zwischen der größten und der niedrigsten Ärztedichte in den Regionen beträgt 294, die Standardabweichung 70, das heißt: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 70 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 192 ab.³⁸

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt

³⁸ Die durchschnittliche Abweichung von 70 vom Mittelwert 192 entspricht rund 36 %.

um 2,6 Prozentpunkte vom Mittelwert in Rheinland-Pfalz (11,6 %) ab.³⁹ 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 140 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 32 € vom Mittelwert 145 € ab.⁴⁰ Vergleichbare Standardabweichungen finden sich bei den Mehrumsätzen je ambulant tätigem Arzt (niedergelassenem Arzt). Mit einer Standardabweichung von 16.396 € (17.266 €) weichen diese im Durchschnitt um rund 16.400 € bis 17.300 € vom Mittelwert in Höhe von 46.590 € (50.353 €) ab.⁴¹

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

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil (Rheinland-Pfalz)

Rheinland-Pfalz	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	192	294	70
PKV-Marktanteil	11,6 %	11,2 %-Punkte	2,6 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	145 €	140 €	32 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	46.590 €	66.742 €	16.396 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	50.353 €	70.069 €	17.266 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	184	37	15
PKV-Marktanteil	11,4 %	2,8 %-Punkte	1,3 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	143 €	35 €	16 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	43.780 €	10.589 €	4.307 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	47.513 €	13.193 €	5.331 €

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

39 Die durchschnittliche Abweichung von 2,6 %-Punkten vom Mittelwert 11,6 % entspricht rund 22 %.

40 Die durchschnittliche Abweichung von 32 € vom Mittelwert 145 € entspricht rund 22 %.

41 Die durchschnittliche Abweichung von 16.396 € (17.266 €) vom Mittelwert 46.590 € (50.353 €) entspricht rund 35 beziehungsweise 34 %.

den Regionen ungleich verteilt, sowohl statistisch als auch visualisiert (vgl. Abbildung 2 im Anhang) zu relativieren. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 37, die entsprechende Standardabweichung 15, d.h.: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner) um 15 Ärzte je 100.000 Einwohner vom Mittelwert 184 ab.⁴² Das ist deutlich weniger als bei Festhalten an den verzerrenden Stadt- und Kreisgrenzen.

Ähnliches gilt bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 16 € vom Mittelwert 143 € ab.⁴³ Und auch die Verteilung der ambulanten Mehrumsätze stellt sich gleichmäßiger dar als es die verzerrende Stadt- und Kreisanalyse zunächst signalisiert hat. Bei den Mehrumsätzen je ambulant tätigem Arzt (niedergelassenem Arzt) weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 4.307 € (5.331 €) vom Mittelwert 43.780 € (47.513 €) ab.⁴⁴ Insgesamt stellt sich das – wenn die starren Stadt- und Kreisgrenzen überwunden werden – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

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

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

Tabelle 12: (Un-)gleichverteilung

Altersadjustierte Realwert-Analyse (Rheinland-Pfalz)

Rheinland-Pfalz	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	50.064 €	87.307 €	19.237 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	54.093 €	91.888 €	20.259 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung			
je ambulant tätigem Arzt	45.984 €	13.581 €	5.528 €
je ambulant niedergelassenem Arzt	49.896 €	16.440 €	6.513 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

⁴² Die durchschnittliche Abweichung von 15 vom Mittelwert 184 entspricht rund 8 %.

⁴³ Die durchschnittliche Abweichung von 16 € vom Mittelwert 143 € entspricht rund 11 %

⁴⁴ Die durchschnittliche Abweichung von 4.307 € (5.331 €) vom Mittelwert 43.780 € (47.513 €) entspricht rund 9,8 % bzw. 11,2 %.

Auch in der Realwertanalyse zeigt sich, dass die an starren Kreis- und Stadtgrenzen festhaltende Analyse nach Landkreisen und kreisfreien Städten die Ungleichheiten überzeichnet. Im flexibleren Konzept der Raumordnungsregionen weisen alle Beobachtungsparameter auf signifikant niedrigere Streuungen zwischen den Raumordnungsregionen hin. Unter anderem ist die Aussage, die regional bei ambulanten Ärzten verbleibenden Realwerte der Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt seien zwischen den Regionen ungleich verteilt, zu relativieren. Die Variationsweite beträgt 16.440 €, die entsprechende Standardabweichung 6.513 €, das heißt: In den rheinland-pfälzischen Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 6.513 € vom Mittelwert 49.896 € ab.⁴⁵ Das stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine relativ gleichmäßige Verteilung dar.

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

Die Verteilungsmaße aus Abschnitt 4.1 und 4.2 haben sowohl in der Nominal- als auch in der Realwertanalyse angezeigt, dass regionale Ungleichverteilungen von Privatversicherten und den durch sie ausgelösten Mehrumsätze signifikant abnehmen, wenn starre Stadt- und Kreisgrenzen überwunden werden und das flexiblere Konzept der Raumordnungsregionen angewandt wird. Die Frage, ob eher städtische oder ländliche Regionen von den Privatversicherten profitieren, bleibt damit allerdings noch unbeantwortet. Die in Tabelle 13 zusammengefassten Zahlen können in diesem Zusammenhang interessante Erkenntnisse liefern.

Der Anteil der Privatversicherten in Rheinland-Pfalz ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Regionstypen. In ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Regionstyp 3) liegt der PKV-Marktanteil bei „guten“ 10,1 %, in städtischen (verstädterten) Regionen mit 12,1 % (12,5 %) nur unwesentlich darüber. Ähnliches gilt für die nominalen Mehrumsätze, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen. Aber auch hier sind die Unterschiede – zum Beispiel im Vergleich zu den Regionaldaten in Bayern⁴⁶ – relativ klein. So entfallen in Rheinland-Pfalz auf ländliche Landkreise und kreisfreie Städte (Regionstyp 3) jährlich – je niedergelassenem Arzt – Mehrumsätze in Höhe von 47.205 €, in verstädterten Regionen (Regionstyp 2) sind es rund 54.210 €. Dazwischen liegen mit 48.120 € die sehr dicht besiedelten Regionen entlang der Rheinschiene (Regionstyp 1). Diese oder ähnlich (überschaubare) Unterschiede lassen sich sowohl auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als auch im Konzept der Raumordnungsregionen beobachten. Dabei könnte man als Zwischenfazit resümieren, dass weder die sehr städtischen noch die sehr ländlichen Regionen, sondern – wenn überhaupt – vor allem die verstädterten „Zwischenregionen“ (Regionstyp 2) überproportional vom Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

Das gelernte Bild von den dicht besiedelten Städten als Profiteure der Privatversicherten relativiert sich weiter, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Auch in diesem Fall hinterlassen Privatversicherte in den verstädterten „Zwischenkreisen“ (Regionstyp 2) je niedergelassenem Arzt den höchsten jährlichen Mehrumsatz (57.964 €). Es folgen die sehr ländlichen Landkreise

⁴⁵ Die durchschnittliche Abweichung von 6.513 € vom Mittelwert 49.896 € entspricht rund 13 %.

⁴⁶ Vgl. dazu PKV-Regionalatlas Bayern.

und kreisfreien Städte (Regionstyp 3) mit 53.052 €. Das Schlusslicht bilden die städtisch besiedelten Regionen vor allem entlang des Rheins (Regionstyp 1). Dabei ist es unerheblich, ob diese Gebiete im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte oder im Konzept der Raumordnungsregionen betrachtet werden. Die Mehrumsätze im Regionstyp 1 fallen jeweils mit 49.030 € beziehungsweise 44.373 € relativ niedrig aus.

Das Ergebnis lässt sich gut mit den zum Teil erheblichen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede zwischen Stadt und Land erklären. Offensichtlich entfalten der höhere Altersdurchschnitt der Privatversicherten in ländlichen Regionen und das dort vorherrschende Preis- und Kostenniveau (zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Lohn- und Mietkosten) eine erkennbare Wirkung. Die relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Städten verliert hingegen an Bedeutung. Die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarke Städte nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 13: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Rheinland-Pfalz	Mittelwerte					
	Landkreise & kreisfreie Städte			Raumordnungsregionen		
	Städtische Regionen (Regionstyp 1)	Regionen mit Verstärkungsansätzen (Regionstyp 2)	Ländliche Regionen (Regionstyp 3)	Städtische Regionen (Regionstyp 1)	Regionen mit Verstärkungsansätzen (Regionstyp 2)	Ländliche Regionen (Regionstyp 3)
PKV-Marktanteil	12,1 %	12,5 %	10,1 %	11,4 %	12,7 %	10,2 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil						
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung						
je ambulant tätigem Arzt	45.286 €	49.496 €	43.934 €	41.368 €	47.076 €	41.689 €
je ambulant niedergel. Arzt	48.120 €	54.210 €	47.205 €	44.186 €	51.860 €	44.830 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze						
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung						
je ambulant tätigem Arzt	46.101 €	53.001 €	49.366 €	41.544 €	48.253 €	45.936 €
je ambulant niedergel. Arzt	49.030 €	57.964 €	53.052 €	44.373 €	53.164 €	49.390 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse des PKV-Regionalatlases lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Dabei zeigt sich, wie die Regionen im Vergleich abschneiden. Neben den kreisfreien Städten, Landkreisen und Raumordnungsregionen sollen in diesem Zusammenhang auch sogenannte Anker-Regionen (vgl. Abschnitt 5.2) mit in die Überlegungen einbezogen werden.

5.1 Ranking nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen

Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten zeigt ein heterogenes Bild. Städtische, verstädterte und ländliche Regionen finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking vom ländlichen Landkreis Südwestpfalz (Regionstyp 3). Aufgrund zahlreicher Privatversicherten in der Südwestpfalz und einer sehr niedrigen Ärztedichte mit niedrigem (ärztlichen) Kostenniveau entfallen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von über 106.000 € (Realwert). Das Schlusslicht bildet die kreisfreie, dicht besiedelte Stadt Ludwigshafen (Regionstyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf viele ambulant tätige Ärzte mit einem hohen (ärztlichen) Kostenniveau.

Das Ranking zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten spiegelt eine konsistente Linie wider. Bis auf einen Landkreis liegen alle Landkreise vor den kreisfreien Städten. Die relativ dicht besiedelten Städte Mainz, Speyer und Ludwigshafen am Rhein liegen alle im unteren Sechstel des Rankings. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im Landkreis Trier-Saarburg Mehrumsätze im Realwert von 66.842 € anfallen (Rang 10), sind es in den Arztpraxen in Mainz (Rang 32 von 36) „nur“ 30.619 Euro jährlich.

Tabelle 14: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städte

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Regionstyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
1	Landkreis Südwestpfalz	3	106.643 €
2	Landkreis Südliche Weinstraße	1	89.857 €
3	Landkreis Mayen-Koblenz	2	84.386 €
4	Landkreis Rhein-Pfalz	1	82.229 €
5	Landkreis Ahrweiler	2	75.465 €
6	Landkreis Bad Dürkheim	1	71.956 €
7	Landkreis Cochem-Zell	2	69.714 €
8	Landkreis Westerwaldkreis	2	69.141 €
9	Landkreis Rhein-Lahn-Kreis	2	67.283 €
10	Landkreis Trier-Saarburg	3	66.842 €
11	Landkreis Birkenfeld	2	66.703 €
12	Landkreis Alzey-Worms	2	63.810 €
13	Landkreis Vulkaneifel	3	58.576 €
14	Landkreis Mainz-Bingen	2	58.553 €
15	Landkreis Kaiserslautern	3	57.896 €
16	Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	56.693 €
17	Landkreis Bernkastel-Wittlich	3	56.454 €
18	Landkreis Altenkirchen (Westerwald)	2	56.358 €
19	Landkreis Neuwied	2	55.956 €
20	Landkreis Kusel	3	52.360 €

Rang	Landkreis/Kreisfreie Stadt	Regionstyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
21	Landkreis Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	51.274 €
22	Landkreis Donnersbergkreis	3	49.873 €
23	Landkreis Bad Kreuznach	2	49.827 €
24	Kreisfreie Stadt Neustadt	1	48.562 €
25	Kreisfreie Stadt Zweibrücken	3	43.037 €
26	Kreisfreie Stadt Landau in der Pfalz	1	40.925 €
27	Landkreis Germersheim	1	40.014 €
28	Kreisfreie Stadt Pirmasens	3	32.910 €
29	Kreisfreie Stadt Koblenz	2	32.877 €
30	Kreisfreie Stadt Worms	2	32.078 €
31	Kreisfreie Stadt Trier	3	31.203 €
32	Kreisfreie Stadt Mainz	2	30.619 €
33	Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	3	29.559 €
34	Kreisfreie Stadt Speyer	1	26.718 €
35	Kreisfreie Stadt Frankenthal (Pfalz)	1	26.253 €
36	Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1	14.755 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil die Einwohner eines Landkreises oder eines städtischen „Speckgürtels“ (mit relativ vielen Privatversicherten) systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich ein Bild, das relativ deutlich von der Mittelrhein-Westerwald-Region (Regionstyp 2) angeführt wird. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 60.813 € (Realwert). Die ländlichen Regionen Trier und Westpfalz (jeweils Regionstyp 3) folgen. Schlusslicht ist die dicht besiedelte Rheinpfalz (Regionstyp 1). Hier entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von „nur“ 44.373 € (Realwert).

Tabelle 15: Ranking nach Raumordnungsregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
1	Mittelrhein-Westerwald	2	60.813 €
2	Trier	3	49.764 €
3	Westpfalz	3	49.015 €
4	Rheinhessen-Nahe	2	45.516 €
5	Rheinpfalz	1	44.373 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

5.2 Ranking nach Ankerregionen

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

Mit dem Konzept der Ankerregionen soll trotzdem ein Versuch unternommen werden. Die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise sind dabei der Ausgangspunkt, um sogenannte Ankerregionen zu bilden, die sowohl die „Stadt-Umland-Verzerrungen“ zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen vermeiden, um der (wünschenswerten) Rahmenbedingung einer möglichst wohnortnahen (ambulanten) medizinischen Versorgung Rechnung zu tragen. Die in Tabelle 16 für Rheinland-Pfalz 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 lediglich historisch begründen lässt.
- › Bildung einer Ankerregion, die den Grenzen eines einzigen Landkreises entsprechen, wenn es angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage des Landkreises keine (größeren) Ankerstädte gibt.
- › Bildung der Ankerregionen jeweils innerhalb einer Raumordnungsregion. Ankerregionen, bestehend aus Teilen von zwei oder mehreren Raumordnungsregionen sind ausgeschlossen. So ist weiterhin die konsistente Verwendung der 3 Regionstypen gewährleistet.

Nach den genannten Strukturmerkmalen lassen sich in Rheinland-Pfalz von insgesamt 36 kreisfreien Städten und Landkreisen 21 zu 9 Ankerregionen zusammenlegen. Hinzu kommen die verbleibenden 15 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Das Gesamtbild im Ranking ist auch hier heterogen. Städtische, verstädterte und ländliche Regionen finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Die sehr ländlichen Regionen (Regionstyp 3) und verstädterten Regionen (Regionstyp 2) liegen dabei überwiegend im oberen Teil oder im Mittelfeld des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den Ankerregionen Ahrweiler und Cochem-Zell. Zu den Schlusslichtern gehören die dicht besiedelten Ankerregionen entlang des Rheins. In der Ankerregion Mainz (Rang 21 von 24) entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt lediglich Mehrrumsätze in Höhe von 40.025 € In der Ankerregion Rhein-Pfalz (Regionstyp 1/Rang 24 von 24) rund um die Zentren Ludwigshafen

und Speyer sind es „nur“ 29.382 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten am Rhein auf relativ viele ambulant tätige Ärzte mit einem relativ hohen (ärztlichen) Kostenniveau treffen.

Tabelle 16: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Regions- typ ¹	Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert)
1	Ahrweiler	Landkreis Ahrweiler	2	75.465 €
2	Cochem-Zell	Landkreis Cochem-Zell	2	69.714 €
3	Westerwald	Landkreis Westerwald	2	69.141 €
4	Rhein-Lahn	(Landkreis) Rhein-Lahn-Kreis	2	67.283 €
5	Birkenfeld	Landkreis Birkenfeld	2	66.703 €
6	Weinstraße	Kreisfreie Stadt Landau & Südliche Weinstraße	1	64.761 €
7	Dürkheim-Neustadt	Kreisfreie Stadt Neustadt & Landkreis Bad Dürkheim	1	61.840 €
8	Südwestpfalz	Kreisfreie Stadt Zweibrücken, kreisfreie Stadt Pirmasens & Landkreis Südwestpfalz	3	58.985 €
9	Vulkaneifel	Landkreis Vulkaneifel	3	58.576 €
10	Rhein-Hunsrück	Landkreis Rhein-Hunsrück-Kreis	2	56.693 €
11	Bernkastel-Wittlich	Landkreis Bernkastel-Wittlich	3	56.454 €
12	Altenkirchen	Landkreis Altenkirchen	2	56.358 €
13	Neuwied	Landkreis Neuwied	2	55.956 €
14	Kusel	Landkreis Kusel	3	52.360 €
15	Koblenz	Kreisfreie Stadt Koblenz & Landkreis Mayen-Koblenz	2	51.964 €
16	Bitburg-Prüm	Eifelkreis Bitburg-Prüm	3	51.274 €
17	Donnersberg	(Landkreis) Donnersbergkreis	3	49.873 €
18	Bad Kreuznach	Landkreis Bad Kreuznach	2	49.827 €
19	Worms	Kreisfreie Stadt Worms & Landkreis Alzey-Worms	2	47.025 €
20	Trier	Kreisfreie Stadt Trier & Landkreis Trier-Saarburg	3	43.836 €
21	Mainz	Kreisfreie Stadt Mainz & Landkreis Mainz-Bingen	2	40.025 €
22	Germersheim	Landkreis Germersheim	1	40.014 €
23	Kaiserslautern	Kreisfreie Stadt Kaiserslautern & Landkreis Kaiserslautern	3	39.219 €
24	Rhein-Pfalz	Kreisfreie Stadt Frankenthal, kreisfreie Stadt Ludwigshafen, kreisfreie Stadt Speyer & (Landkreis) Rhein-Pfalz-Kreis	1	29.382 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

Deutschland und Rheinland-Pfalz stehen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung im internationalen Vergleich gut da. Es gibt überproportional viele Ärzte und eine moderne medizinische Infrastruktur. Das ist auch das Ergebnis der Dualität aus GKV und PKV. Denn Privatversicherte leisten für das medizinische Versorgungssystem in Deutschland und Rheinland-Pfalz einen erheblichen, überproportionalen Finanzierungsbeitrag.

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

In der gesundheitsökonomischen Literatur ist die Bedeutung der Mehrumsätze für die medizinische Versorgung überwiegend anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁴⁷ 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.⁴⁸

Große Teile der von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze – vor allem die aus den Bereichen ambulante ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Apotheke, Heilmittelerbringung, Hebammenleistungen und Heilpraktiker – lassen sich regional gut verorten. Auf Basis der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, von Vorarbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) legt der Regionalatlas Rheinland-Pfalz erstmals detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Mehrumsätzen in Rheinland-Pfalz 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 Kosten-niveau („Mehrumsätze in der Stadt sind i.d.R. real weniger wert“) – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Auswertung der Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur vorgenommen. So werden Verzerrungen durch regionale Alters- und ärztliche Kostenunterschiede weitestgehend vermieden. Die Ergebnisse im Überblick:

Rheinland-Pfalz

- › Rheinland-Pfalz hat mit einem PKV-Marktanteil von 11,8 % vergleichsweise überdurchschnittlich viele Privatpatienten (Deutschland: 10,6 %).
- › Von den Mehrumsätzen, die in Deutschland bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – in Rheinland-Pfalz jährlich 599 Millionen €. Je Einwohner entspricht das 147 €.

47 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.

48 Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. [2018], Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? S. 7 f.

- › Von den in Rheinland-Pfalz verbleibenden Mehrumsätzen entfallen 337 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 48.600 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Rheinland-Pfalz

- › Wie in jedem Flächen-Bundesland gibt es in Rheinland-Pfalz sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.
- › In Rheinland-Pfalz sind die Privatversicherten relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 10,1 %, in städtischen (verstäderten) Regionen mit 12,1 % (12,5 %) nur unwesentlich darüber. Dabei weist die Stadt Koblenz mit 17,4 % den höchsten PKV-Marktanteil auf. Im breiten Mittelfeld liegen relativ ländliche Regionen wie z. B. der Landkreis Vulkaneifel (10,8 %). Anteilig am wenigsten Privatversicherte leben mit 6,2 % in Ludwigshafen. Als Landkarte sind die Marktanteile für Rheinland-Pfalz in Abbildung 3 visualisiert.
- › Mit Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile gibt es in Rheinland-Pfalz in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten einen in den Regionen verbleibenden „Sockel-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 3,99 Mio. € (Stadt Pirmasens) beziehungsweise 77 € je Einwohner (Ludwigshafen am Rhein) nicht unterschreitet. Je Einwohner lässt sich damit in Rheinland-Pfalz eine in den Regionen verbleibende (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 77 € bis 218 € messen. Der Durchschnitt liegt bei 147 € je Einwohner. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 3. Als Landkarte sind die Ergebnisse in Abbildung 5 visualisiert.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Von diesen Mehrumsätzen profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen abseits der relativ dicht besiedelten Rheinschiene. Zum Beispiel liegen im ländlichen Eifelkreis Bitburg-Prüm die Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei „guten“ 47.689 €. In der Gesamtbilanz wird in Rheinland-Pfalz pro Arztpraxis ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 18.037 € (Stadt Ludwigshafen) nicht unterschritten. Je ambulant niedergelassenem Arzt ergibt sich damit eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ zwischen 18.037 € und 88.106 € (Landkreis Südwestpfalz). Der Durchschnitt liegt bei rund 48.600 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4. Als Landkarte sind die Ergebnisse für ganz Rheinland-Pfalz in Abbildung 7 visualisiert.

Raumordnungsregionen in Rheinland-Pfalz

- › 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: Landkreis Rhein-Pfalz und die kreisfreien Städte Ludwigshafen & Frankenthal

Die kreisfreien Städte Frankenthal (Pfalz) und Ludwigshafen werden im Osten vom Rhein und im Westen vom Landkreis Rhein-Pfalz umschlossen. Sitz der Kreisverwaltung des Rhein-Pfalz-Kreises ist die kreisfreie Stadt Ludwigshafen, die selbst nicht Teil des Landkreises ist. Alle drei Verwaltungseinheiten sind auf relativ kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und

wirtschaftlich eng miteinander verwoben. Dabei erfüllen die Städte eine medizinische Mitversorgungsfunktion für den umliegenden Rhein-Pfalz-Kreis. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Frankenthal mit 239 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Rhein-Pfalz-Kreis liegt (120 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 Rhein-Pfalz als „Speckgürtel“ der Städte Frankenthal und Ludwigshafen mit einem PKV-Marktanteil von 12,7 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in Frankenthal (8,4 %) oder Ludwigshafen (6,2 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der Städte Ludwigshafen und Frankenthal (des Landkreises Rhein-Pfalz-Kreis) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden. Das verzerrende Ergebnis: Im Rhein-Pfalz-Kreis entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 78.008 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der Stadt Frankenthal (Stadt Ludwigshafen), liegen diese Mehrumsätze je niedergelassenem Arzt bei nur rund 26.113 € (18.037 €). Ein Ergebnis, das mit der Versorgungsrealität in der Region wenig zu tun hat.

- › Im vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Konzept der Raumordnungsregionen werden dagegen alle „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen Beitrag die Privatversicherten zur medizinischen Infrastruktur in den jeweiligen Regionen Rheinland-Pfalz hinterlassen.
- › Um Raumordnungsregionen zu bilden, unterscheidet das BBSR zwischen städtischen (Regionstyp 1), verstädterten bis ländlichen (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen (Regionstyp 3). Dabei fasst eine Raumordnungsregion strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Rheinland-Pfalz leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der relativ ländlichen Raumordnungsregion Mittelrhein-Westerwald (13,0 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 10,1 % in der Raumordnungsregion Trier. Damit gibt es auch im ländlichen Raum einen substantiellen Anteil von Privatversicherten. Als Landkarte sind die PKV-Marktanteile in Abbildung 4 visualisiert.
- › In Rheinland-Pfalz gibt es auch in ländlichen Regionen einen dort verbleibenden „Sockel-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Beitrag von 127 € je Einwohner (Raumordnungsregion Trier) nicht unterschreitet. Damit lässt sich in Rheinland-Pfalz zwischen den Raumordnungsregionen eine in den Regionen verbleibende (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 127 € bis 162 € je Einwohner messen. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. In der ambulanten ärztlichen Versorgung existiert auch in ländlichen Raumordnungsregionen ein verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Betrag von 43.512 € je ambulant niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Westpfalz) nicht unterschreitet. Je niedergelassenem Arzt ergibt sich damit eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 43.512 € und 56.075 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 7.

- › Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland & Speckgürtel-Phänomen] ist die „Mehrumsatzspanne“ im Konzept der Raumordnungsregionen je niedergelassenem Arzt von 18.037 € bis 88.106 € auf 43.512 € bis 56.705 € erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Rheinland-Pfalz bei rund 48.600 €.

Altersadjustierte Mehrumsätze

- › In welchem Ausmaß dank privatversicherten Patienten Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, hängt – erstens – von der Zahl der Privatversicherten (PKV-Marktanteil) und – zweitens – vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte.
- › Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland (Rheinland-Pfalz) liegt bei 45,37 (45,58) Jahren. Mit knapp 50,7 Jahren sind die Privatversicherten in der Stadt Pirmasens am ältesten. Dagegen leben im zur Metropolregion Rhein-Neckar gehörenden Landkreis Germersheim (Regionstyp 1, städtisch) oder in der kreisfreien Stadt Mainz (Regionstyp 2, verstädtert) mit durchschnittlich 43,7 Jahren beziehungsweise 44,8 Jahren relativ viele junge Privatversicherte. Im Trend – so die Beobachtung – sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Regionstyp 1/2) jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen (Regionstyp 3).
- › Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die tatsächlichen Mehrumsätze der in den Regionen tätigen medizinischen Leistungserbringer aus. Je älter (jünger) die Privatversicherten im Durchschnitt sind, desto höher (niedriger) sind die regional verbleibenden Mehrumsätze je Privatversicherten. Weil Privatversicherte in den Städten (auf dem Land) relativ jünger (älter) sind, sind die bisher ausgewiesenen Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Regionstyp 3) i.d.R. leicht bis deutlich unterschätzt und in (relativ) städtischen Regionen (Regionstyp 1 und 2) leicht 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 Nominal-Mehrumsätze real tatsächlich wert sind.
- › Eine regionale Realwertbestimmung der Mehrumsätze ist annäherungsweise insbesondere für die ambulant niedergelassenen Ärzte möglich. Dazu wird ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für ambulant tätige Ärzte gebildet. Dabei sind als Kostenarten Praxisaufwendungen einzubeziehen, die deutschlandweit einheitlich bzw. quasieinheitlich sind (z.B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z. B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahmekosten).
- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte lässt sich ein regionaler (rheinland-pfälzischer) Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärzte bilden. Der regionale Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen Ärzten verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze annäherungsweise

als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Raumordnungsregionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i.d.R. häufiger zum Arzt. Und das Preis- und Kostenniveau in der Stadt ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z. B. Gehälter oder Mieten in der Stadt Mainz mit denen in der Vulkaneifel verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung auf dem Land richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas Rheinland-Pfalz folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Mehrumsätze.
- › Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In ländlichen Regionen (Regionstyp 3) 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 Südwestpfalz (Vulkaneifel) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 88.106 € (50.649 €) real 106.643 € (58.576 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region im rheinland-pfälzischen Gesamtvergleich gut bis sehr gut da.
- › In städtischen und verstädterten Regionen (Regionstyp 1 & 2) zeigt sich ein heterogeneres Bild. Vielerorts liegen die Realwerte von Mehrumsätzen unterhalb, aber auch oberhalb der Nominalwerte. Einen eindeutigen Trend gibt es nicht. Liegen zum Beispiel in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Mainz (Landkreis Südliche Weinstraße) bei 37.720 € (84.951 €) je niedergelassenem Arzt, zeigen die kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ („erhöhte“) Größenordnung von 30.619 € (89.857 €) je ambulant niedergelassenem Arzt an. Damit liegt die Stadt Mainz (der Landkreis Südliche Weinstraße) am unteren (oberen) Ende der Kreise und Städte.
- › Insgesamt verschiebt sich durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen die Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze zum Teil erheblich. Für Rheinland-Pfalz ergibt sich zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Raumordnungsregionen) eine „Realwert-Mehrumsatzspanne“ je ambulant niedergelassenem Arzt zwischen 14.775 € und 106.643 € (44.373 € und 60.813 €). Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 10.

Stadt-Land-Analyse

- › Der Anteil der Privatversicherten in Rheinland-Pfalz ist zwischen Stadt und Land relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Regionstypen. In ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Regionstyp 3) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei „guten“ 10,1 %, in städtischen (verstädterten) Regionen mit 12,1 % (12,5 %) nur unwesentlich darüber.
- › Auch die nominalen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen, sind nach diesem Muster sortiert. Entfallen auf einen ambulant niedergelassenen Arzt in ländlichen Kreisen und Städten (Regionstyp 3) nominale Mehrumsätze in Höhe von rund 47.205 €, sind es in städtischen Regionen (Regionstyp 1) rund 48.120 € p.a. In verstädterten Gebieten (Regionstyp 2) sind es 54.210 €. Diese (überschaubaren) Unterschiede lassen sich sowohl

auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als auch im Konzept der Raumordnungsregionen beobachten. Dabei könnte man als Zwischenfazit resümieren, dass weder die sehr städtischen noch die sehr ländlichen Regionen, sondern – wenn überhaupt – vor allem die verstärkten „Zwischenregionen“ (Regionstyp 2) überproportional vom Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

- › Das gelernte Bild von den dicht besiedelten Städten als Profiteure der Privatversicherten relativiert sich weiter, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Auch in diesem Fall hinterlassen Privatversicherte in den verstärkten „Zwischenkreisen“ (Regionstyp 2) je niedergelassenem Arzt den höchsten jährlichen Mehrumsatz (57.964 €). Es folgen die sehr ländlichen Landkreise und kreisfreien Städte (Regionstyp 3) mit 53.052 €. Das Schlusslicht bilden die städtisch besiedelten Regionen vor allem entlang des Rheins (Regionstyp 1). Dabei ist es unerheblich, ob diese Gebiete im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte oder im Konzept der Raumordnungsregionen betrachtet werden. Die Mehrumsätze im Regionstyp 1 fallen jeweils mit 49.030 € beziehungsweise 44.373 € relativ niedrig aus.
- › Die Ergebnisse lassen sich in Landkarten veranschaulichen. In Abbildung 8 sind die altersadjustierten Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt als Realwert nach Landkreisen und kreisfreien Städten visualisiert. Dabei lässt sich farblich nachvollziehen, dass durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen – im Vergleich zur Abbildung 7 mit den entsprechenden Nominalwerten von nicht altersadjustierten Mehrumsätzen – das Gewicht der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Versorgung raus aus den Städten ins Umland im Trend von den dichter besiedelten Regionen am Rhein westwärts ins Ländlichere „wandert“.
- › Im Konzept der Raumordnungsregionen, das „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermeidet, bestätigt sich das Bild von der „farblichen“ Veränderung in Richtung Westen. Die „farblichen“ Unterschiede zwischen Abbildung 9 und 10 sind allerdings nur auf dem zweiten Blick wahrnehmbar, weil in Rheinland-Pfalz auch schon ohne Berücksichtigung von regionalen Alters- und Kostenunterschieden die (nominalen) Mehrumsätze in den weitläufigen Raumordnungsregionen (relativ) gleichmäßig verteilt sind.
- › Das Ergebnis lässt sich gut mit den zum Teil erheblichen Alters- und ärztlichen Kostenunterschieden zwischen Stadt und Land erklären. Offensichtlich entfalten der höhere Altersdurchschnitt der Privatversicherten in ländlichen Regionen und das dort vorherrschende Kostenniveau (zum Beispiel im Bereich der ärztlichen Lohn- und Mietkosten) eine erkennbare Wirkung. Die relative Häufigkeit der Privatversicherten in größeren und dichter besiedelten Städten verliert hingegen an Bedeutung. Die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich.

Rangordnungen und Rankings

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für Rheinland-Pfalz lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 14) zeigt ein heterogenes Bild. Städtische, verstärkte und ländliche Regionen finden sich

relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking vom ländlichen Landkreis Südwestpfalz (Regionstyp 3). Das Schlusslicht bildet die dicht besiedelte Stadt Ludwigshafen (Regionstyp 1). Hier treffen relativ wenige Privatversicherte auf viele ambulant tätige Ärzte mit einem hohen (ärztlichen) Kostenniveau.

- › Eine konsistente Linie spiegelt das Ranking zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten wider. Die relativ dicht besiedelten kreisfreien Städte Mainz, Speyer und Ludwigshafen liegen alle im unteren Sechstel des Rankings. Während z. B. bei den ärztlichen Praxen im Landkreis Trier-Saarburg Mehrumsätze im Realwert von 66.842 € anfallen (Rang 10), sind es in den Arztpraxen in Mainz (Rang 32 von 36) „nur“ 30.619 Euro jährlich.
- › Im Konzept der Raumordnungsregionen wird das Ranking (Tabelle 15) relativ deutlich von der Mittelrhein-Westerwald-Region (Regionstyp 2) angeführt. Rechnerisch entstehen hier je niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von 60.813 € (Realwert). Die ländlichen Regionen Trier und Westpfalz (jeweils Regionstyp 3) folgen. Schlusslicht ist die dicht besiedelte Rheinpfalz (Regionstyp 1). Hier entfallen je ambulant niedergelassenem Arzt Mehrumsätze in Höhe von „nur“ 44.373 € (Realwert).
- › Bei insgesamt 96 Raumordnungsregionen in ganz Deutschland liegt es auf der Hand, dass das Konzept der Raumordnungsregionen insbesondere in ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ankerregionen, die konzeptionell von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, stellen einen „dritten“ Weg dar, um sowohl „Stadt-Umland-Verzerrungen“ als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen zu vermeiden.
- › Ausgangspunkt des Konzepts der Ankerregionen sind die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise. Diese werden zu einer Ankerregion zusammengefasst, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig von (häufig namensgleichen oder -ähnlichen) Landkreisen umschlossen werden. Gibt es dagegen angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage eines Landkreises keine (größeren) Ankerstädte, bildet der Landkreis seine „eigene“ Ankerregion in seinen eigenen Grenzen.
- › Städtische, verstädterte und ländliche Regionen finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings nach Ankerregionen (Tabelle 16). Die sehr ländlichen (Regionstyp 3) und verstädterten Regionen (Regionstyp 2) liegen dabei überwiegend im oberen Teil oder im Mittelfeld des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den Ankerregionen Ahrweiler und Cochem-Zell. Zu den Schlusslichtern gehören die dicht besiedelten Ankerregionen entlang des Rheins. In der Ankerregion Mainz (Rang 21 von 24) entfallen auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt lediglich Mehrumsätze in Höhe von 40.025 €. In der Ankerregion Rhein-Pfalz (Regionstyp 1/Rang 24 von 24), zu der u.a. die kreisfreien Städte Ludwigshafen und Speyer gehören, sind es lediglich 29.382 € jährlich.

Der PKV-Regionalatlas Rheinland-Pfalz zeigt, dass es in allen Teilen des Bundeslandes einen relevanten Anteil von Privatpatienten gibt. Damit stellen die Mehrumsätze der Privatpatienten sowohl nominal als auch vor allem altersadjustiert und real in wirtschaftlich stärkeren ebenso wie in strukturschwächeren Regionen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur dar. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet

„Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁴⁹ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien“⁵⁰ sind damit nicht zu rechtfertigen. Der Mehrumsatz der Privatversicherten kommt regional breit gestreut überall auch gesetzlich Versicherten zu Gute. Der Vorwurf der „unentgeltlichen“ Nutzung der in ländlichen Gebieten von der GKV sichergestellten medizinischen Versorgungsstruktur durch vereinzelte Privatversicherte ist selbst in den ländlichsten Regionen sachlich falsch und nicht haltbar.

In Rheinland-Pfalz werden in diesem Zusammenhang häufig die Landkreise im Westen des Landes genannt. Mit Blick auf die sozioökonomischen Merkmale dieser Landkreise handelt es sich häufig um diejenigen Regionen, die in der politischen Diskussion typischerweise gemeint sind, wenn zum Beispiel vom SPD-Gesundheitsexperten Lauterbach die Position vertreten wird, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land verantwortlich sei und es die meisten Ärzte in größere Städte und Metropolregionen ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁵¹

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit: In Rheinland-Pfalz sind die Privatversicherten regional relativ gleichverteilt. Zum Beispiel liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung im Landkreis Vulkaneifel bei guten 10,8 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis Vulkaneifel Mehrumlöse von jährlich 8,2 Mio. € oder 135 € 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 Vulkaneifel jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 50.649 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Rheinland-Pfalz berücksichtigt werden – real 58.576 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenem Arzt weit über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel in der Landeshauptstadt Mainz (30.619 €) oder in der dicht besiedelten Ankerregion Rhein-Pfalz (29.382 €) liegt.

Im Ergebnis läuft damit der Vorwurf, dass vor allem wirtschaftsstarke Zentren von dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren, sachlich vollständig ins Leere. Selbst in strukturschwachen oder ländlichen Kreisen, Städten, Raumordnungs- und Ankerregionen gibt es einen robusten Anteil von Privatversicherten, der niemals unter 6,2 % (Stadt Ludwigshafen: niedrigster Wert in Rheinland-Pfalz), 9,7 % (Ankerregion Rhein-Pfalz: niedrigster Wert in Rheinland-Pfalz) beziehungsweise 10,1 % (Raumordnungsregion Trier: niedrigster Wert in Rheinland-Pfalz) 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 Westen Rheinland-Pfalz relativ mehr Investitionen zum Beispiel in Praxispersonal (Löhne) oder Praxisräume (Mieten) tätigen. Ohne Privatpatienten würde dagegen – wie unter anderem von Wille et al. (2018) anerkannt – ein Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen. Die Versorgungslandschaft in Deutschland wäre „ausgedünnt“. ⁵² 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.

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

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

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

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

Darüber hinaus widerlegt der PKV-Regionalatlas Rheinland-Pfalz einen weiteren populären und politischen Irrtum. Dass nämlich für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer insbesondere der Anteil der Privatversicherten von Relevanz sei und es deshalb zu einer Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Die Regionaldaten für Rheinland-Pfalz zeigen in diesem Zusammenhang ein differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Regionstyp 3) mit durchschnittlich 53.052 € im Jahr (Realwert) über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Regionstyp 1) bewegen (49.030 €), liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten (Regionstyp 3) deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Regionstyp 1). Oder konkreter: Obwohl in der Vulkaneifel von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von über 58.000 € und in der dicht besiedelten, entlang des Rheins gelegenen Ankerregion Rhein-Pfalz (Regionstyp 1) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 29.382 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der Vulkaneifel mit 168 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Rhein-Pfalz (219).

Oder: Obwohl im Eifelkreis Bitburg-Prüm von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von über 51.000 € und in der Landeshauptstadt Mainz dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 30.619 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in der ländlichen Region Bitburg-Prüm mit 118 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der in der Landeshauptstadt Mainz (295). Mit anderen Worten formuliert heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Realwert von Mehrumsätzen durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderen zeigen Arbeiten von Vogt (2016)⁵³ und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁵⁴ und Arentz (2017)⁵⁵, 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.⁵⁶

Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Bei der Standortentscheidung für die Ärzte bleibt das Argument „Urbanität“ maßgebend. An auf dem Land von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätzen mangelt es sowohl nominal und vor allem real nicht. Denn gerade im ländlichen und strukturschwachen Raum sind die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in den „boomenden“ großstädtischen Regionen. Damit leisten die Privatversicherten – so das Fazit – einen maßgeblichen, überproportionalen Beitrag, dem Ziel regional gleichwertiger Lebensverhältnisse zumindest näher zu kommen. Im Umkehrschluss

53 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.

54 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.

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

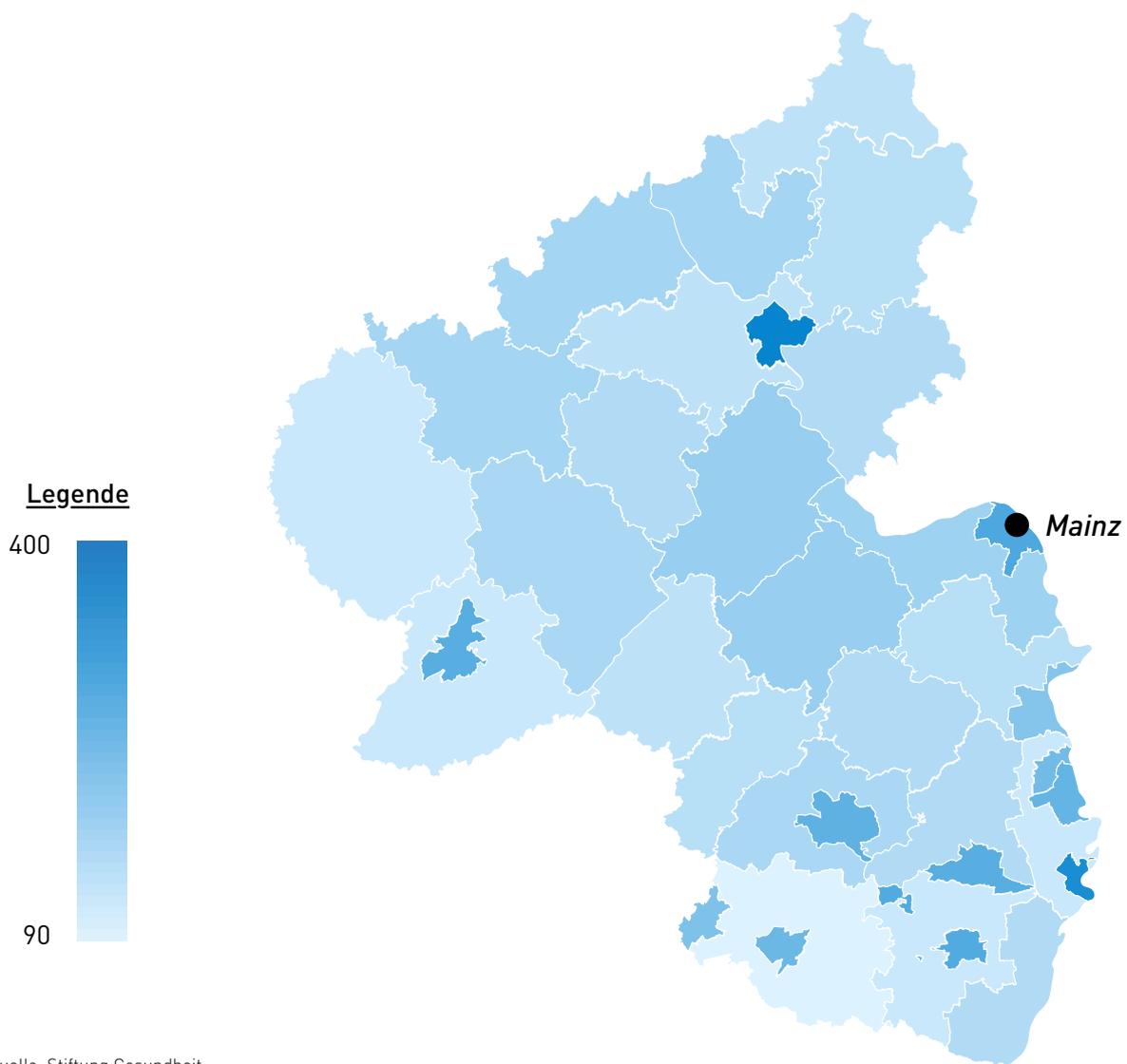
56 Vgl. dazu auch C. Braun (2015), Ein ganz besonderes Verhältnis, in: Change – das Magazin der Bertelsmann-Stiftung, S. 3 f.

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 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 Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung ist damit nicht nur ein Beitrag zum Erhalt regionaler, wettbewerbsfähiger Infrastrukturen, sondern auch ein Beitrag zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen. Letztendlich sind damit gesundheitspolitische Forderungen nach einer „Bürgerversicherung“ oder nach einer Einheitlichen ärztlichen Gebührenordnung Ausdruck einer häufig in Wahlkämpfen geäußerten parteipolitischen Programmatik, die – bei Umsetzung – direkt (negativ) die Attraktivität der ländlichen und strukturschwachen Regionen berühren würde.

Anhang

**Abbildung 1:
Ambulante Ärztedichte**

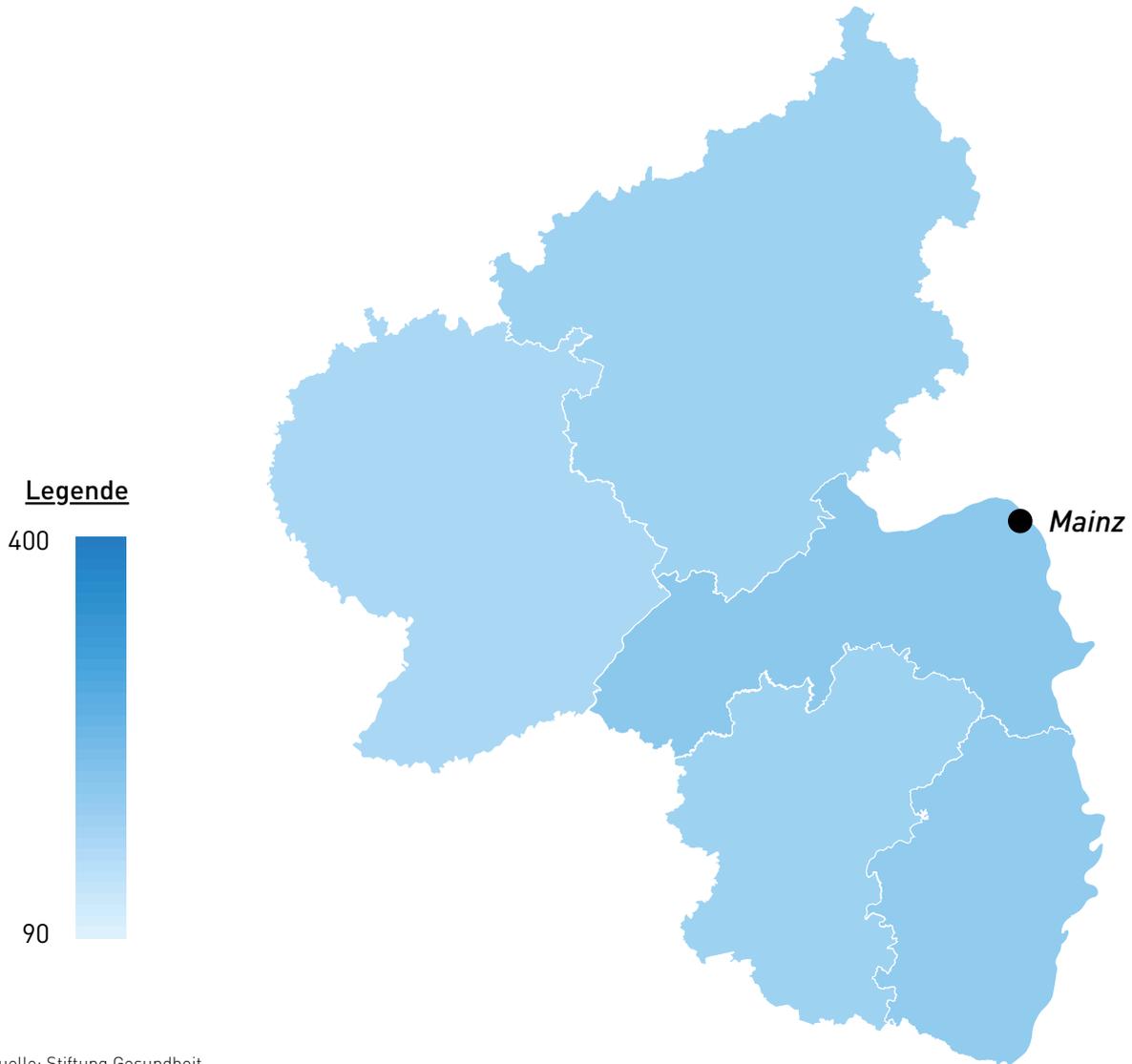
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Rheinland-Pfalz
nach Landkreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Stiftung Gesundheit

**Abbildung 2:
Ambulante Ärztedichte**

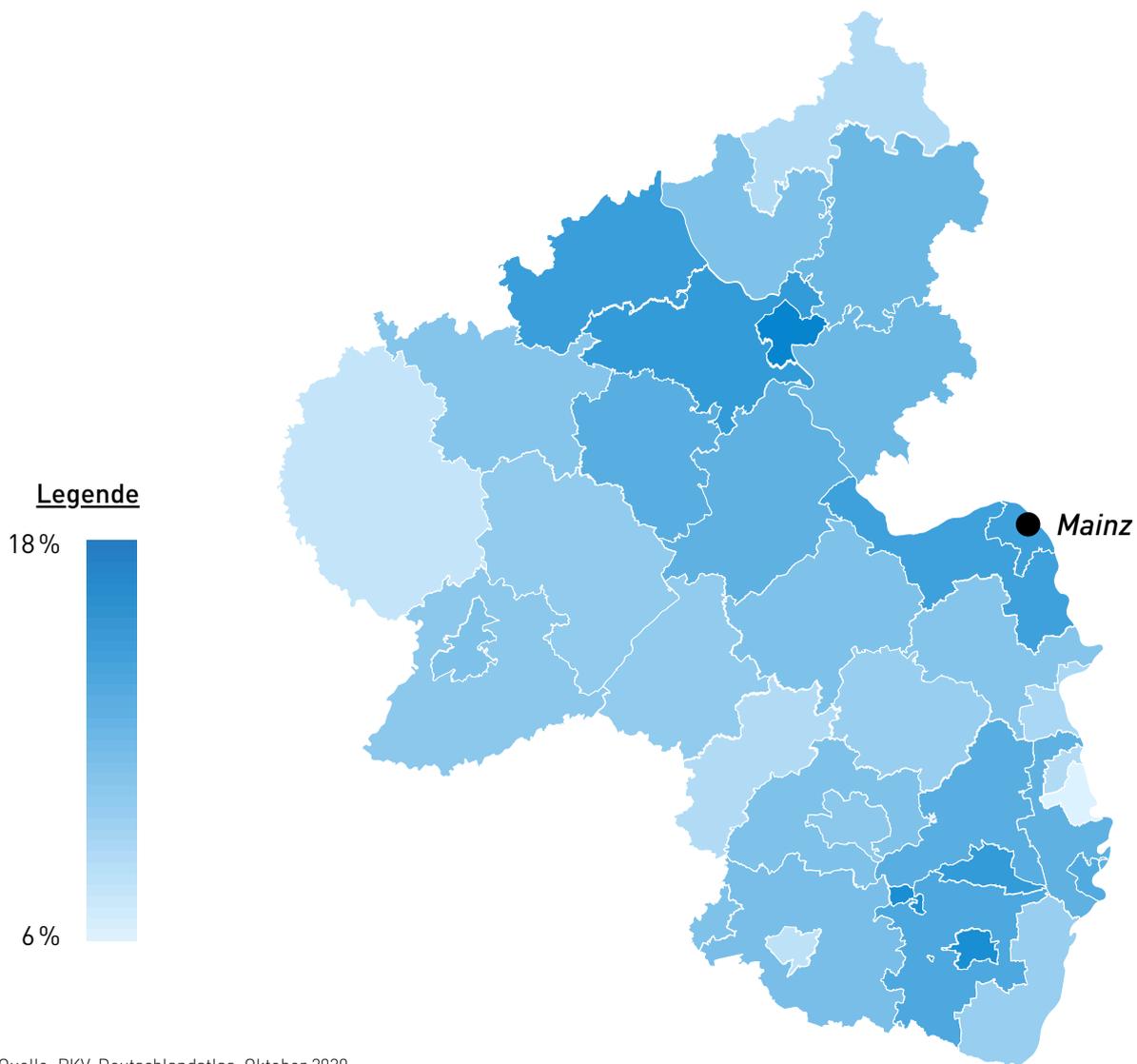
Ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner in Rheinland-Pfalz
nach Raumordnungsregionen



Quelle: Stiftung Gesundheit

**Abbildung 3:
PKV-Marktanteil**

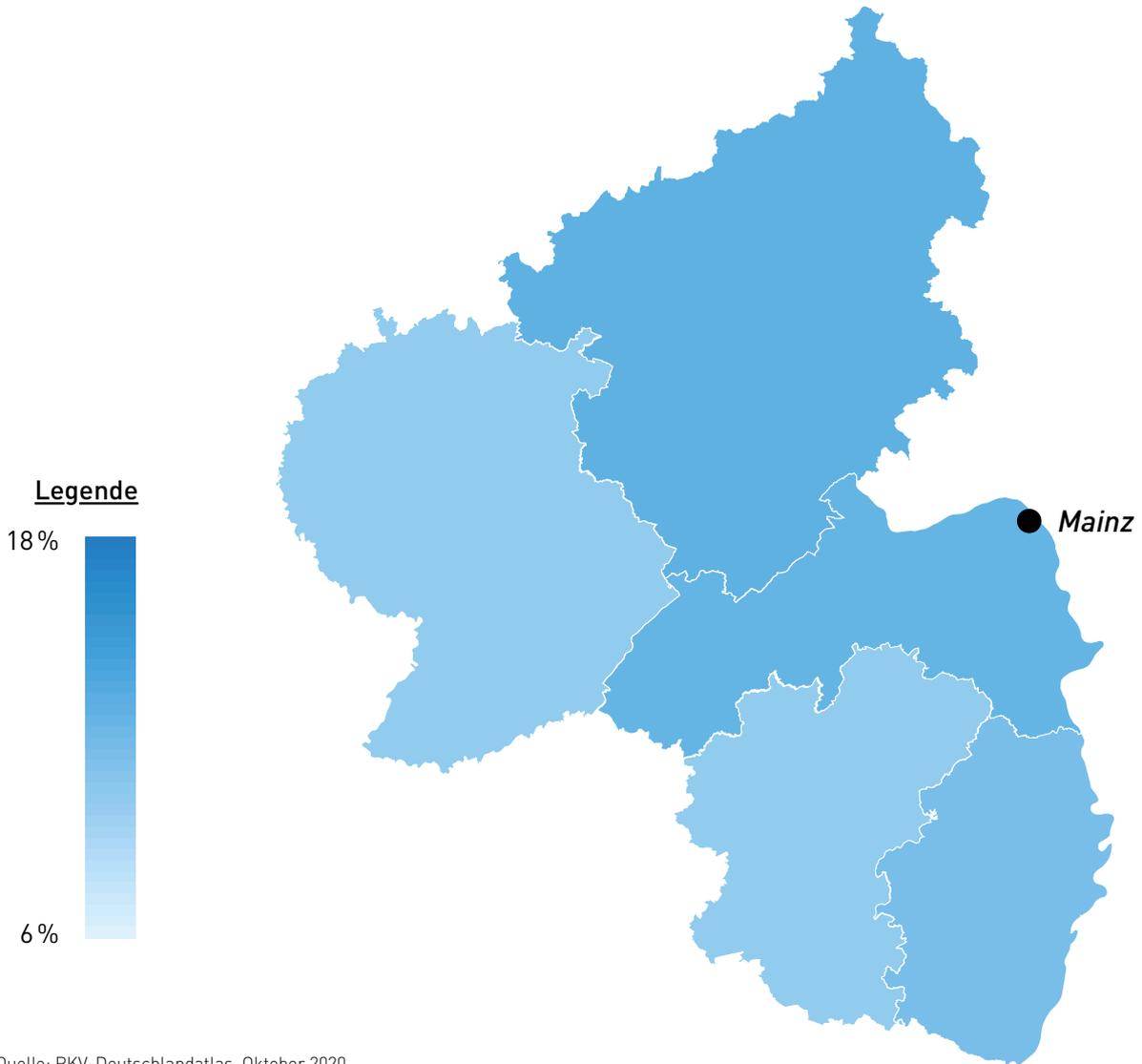
Anteil der PKV-Versicherten in Rheinland-Pfalz
nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 4:
PKV-Marktanteil**

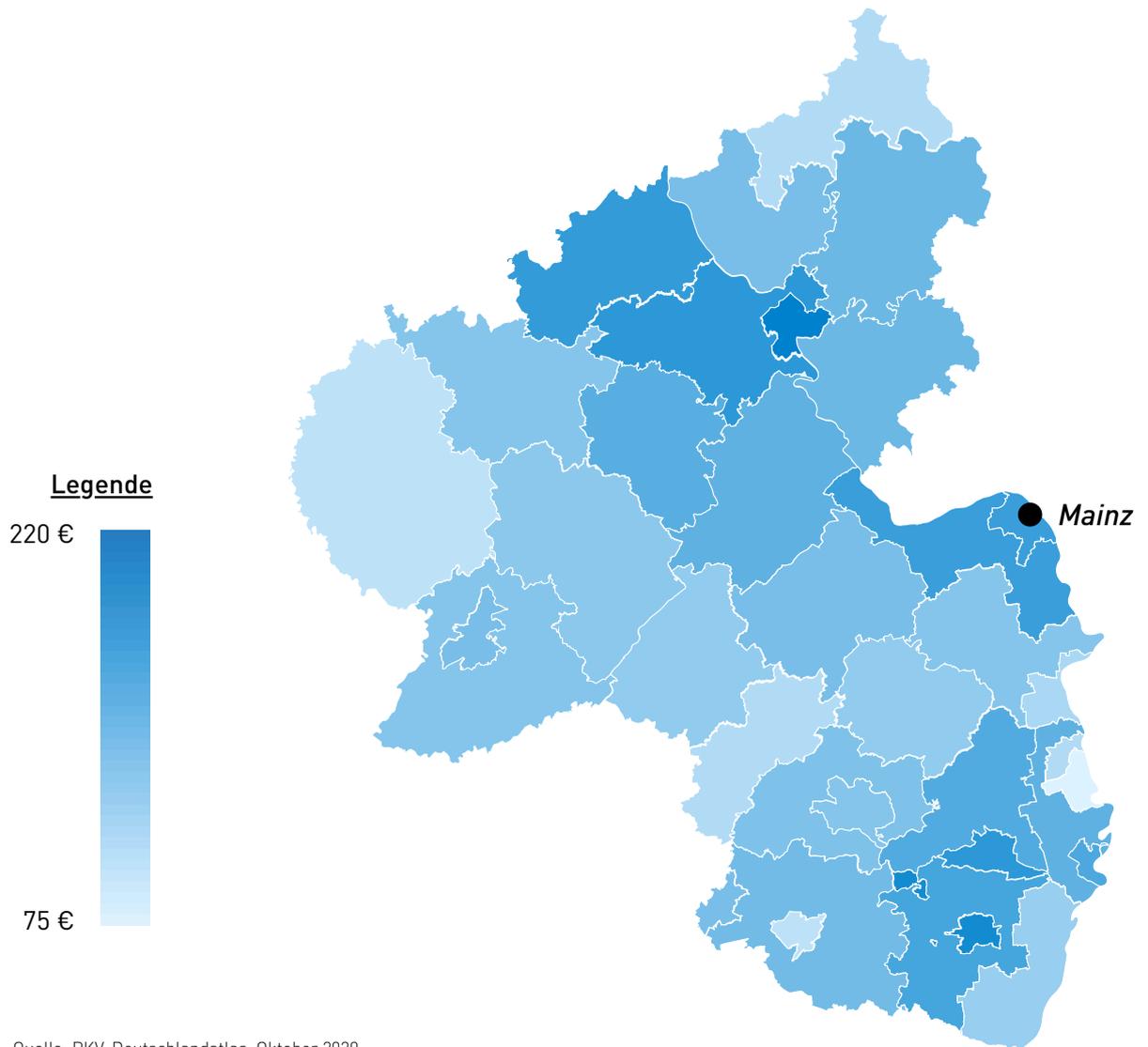
Anteil der PKV-Versicherten in Rheinland-Pfalz nach Raumordnungsregionen in Prozent



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 5:
Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner**

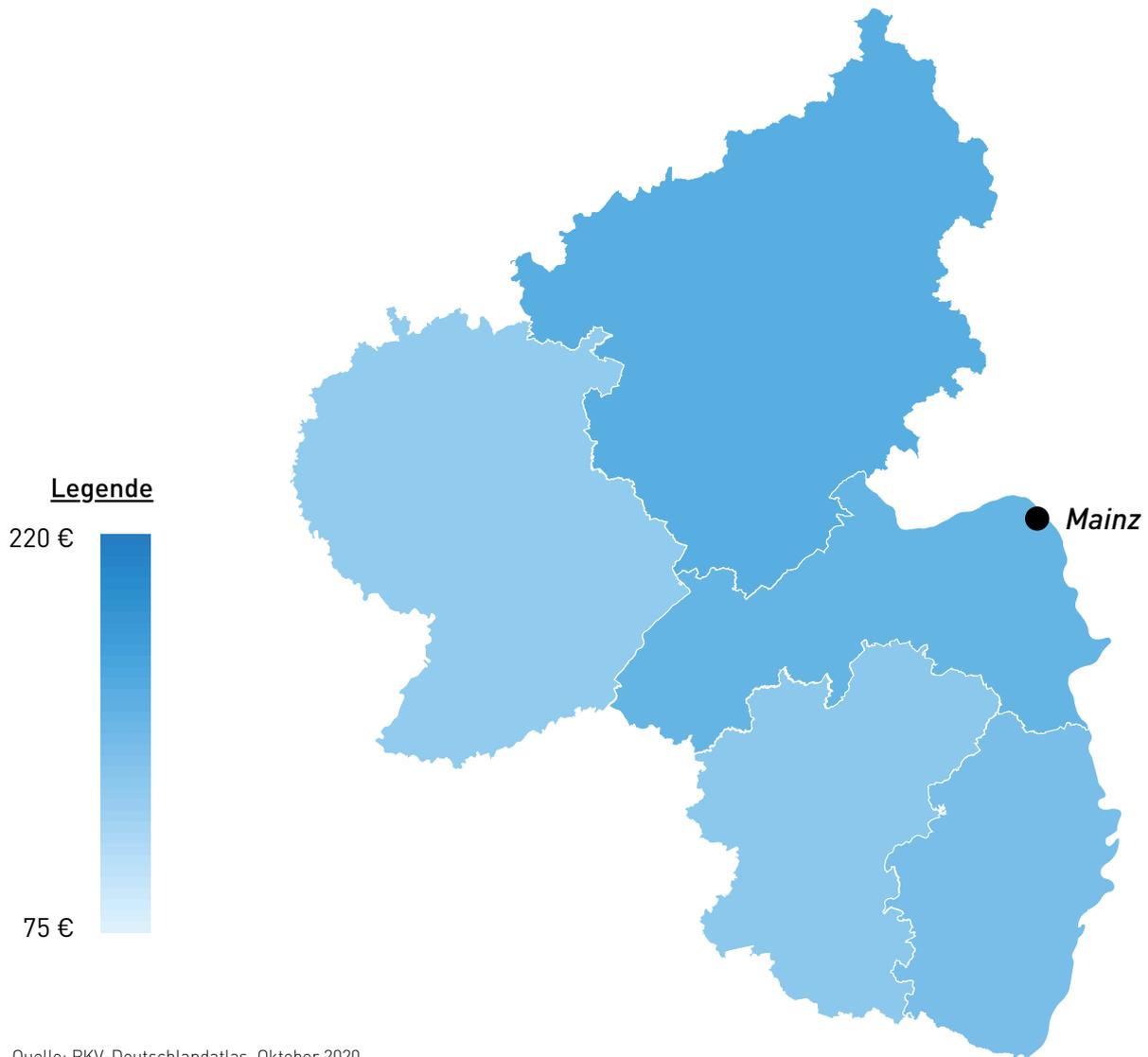
Regional verbleibende Mehrumsätze in Rheinland-Pfalz
nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 6:
Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner**

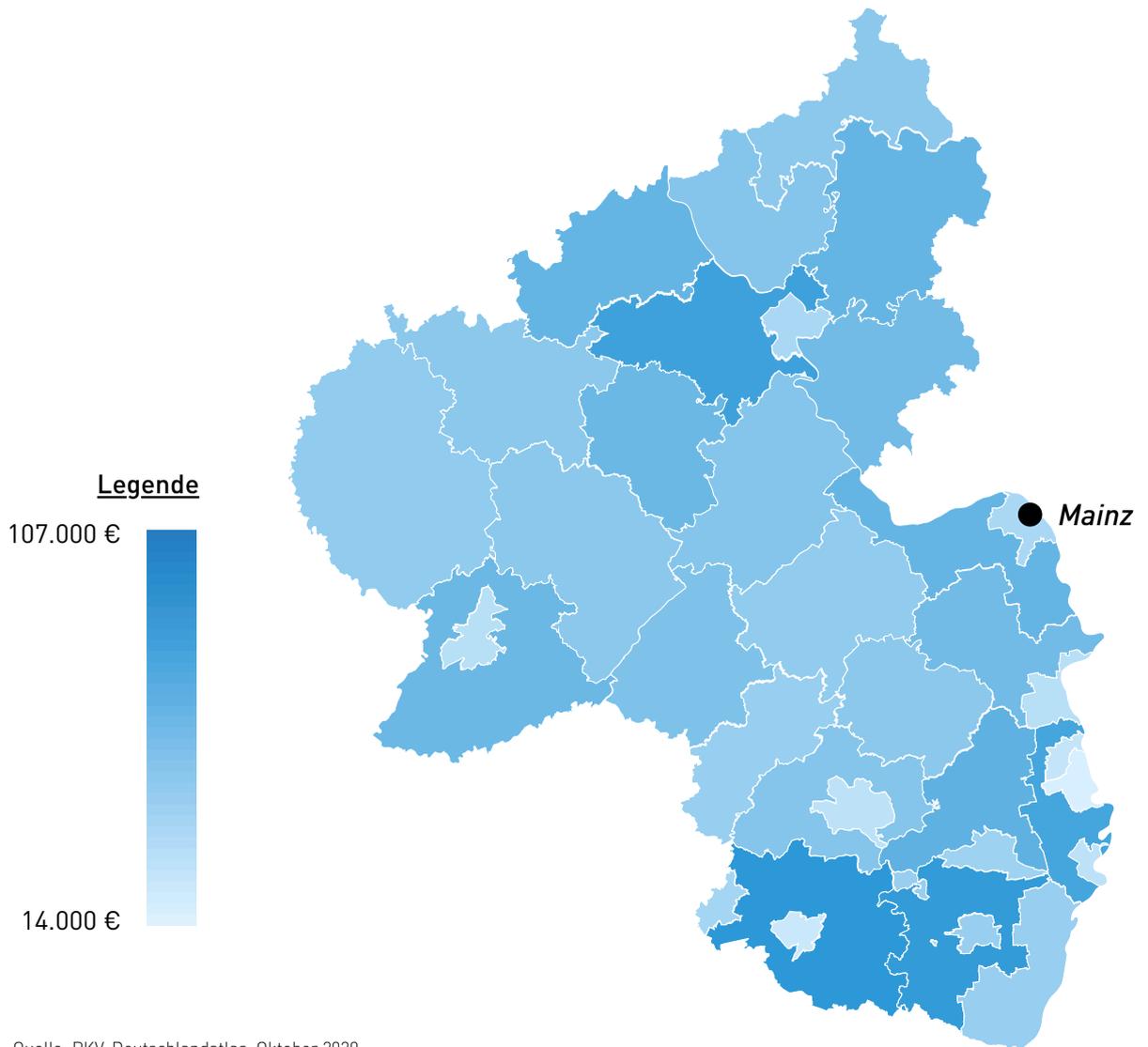
Regional verbleibende Mehrumsätze in Rheinland-Pfalz
nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 7:
Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt**

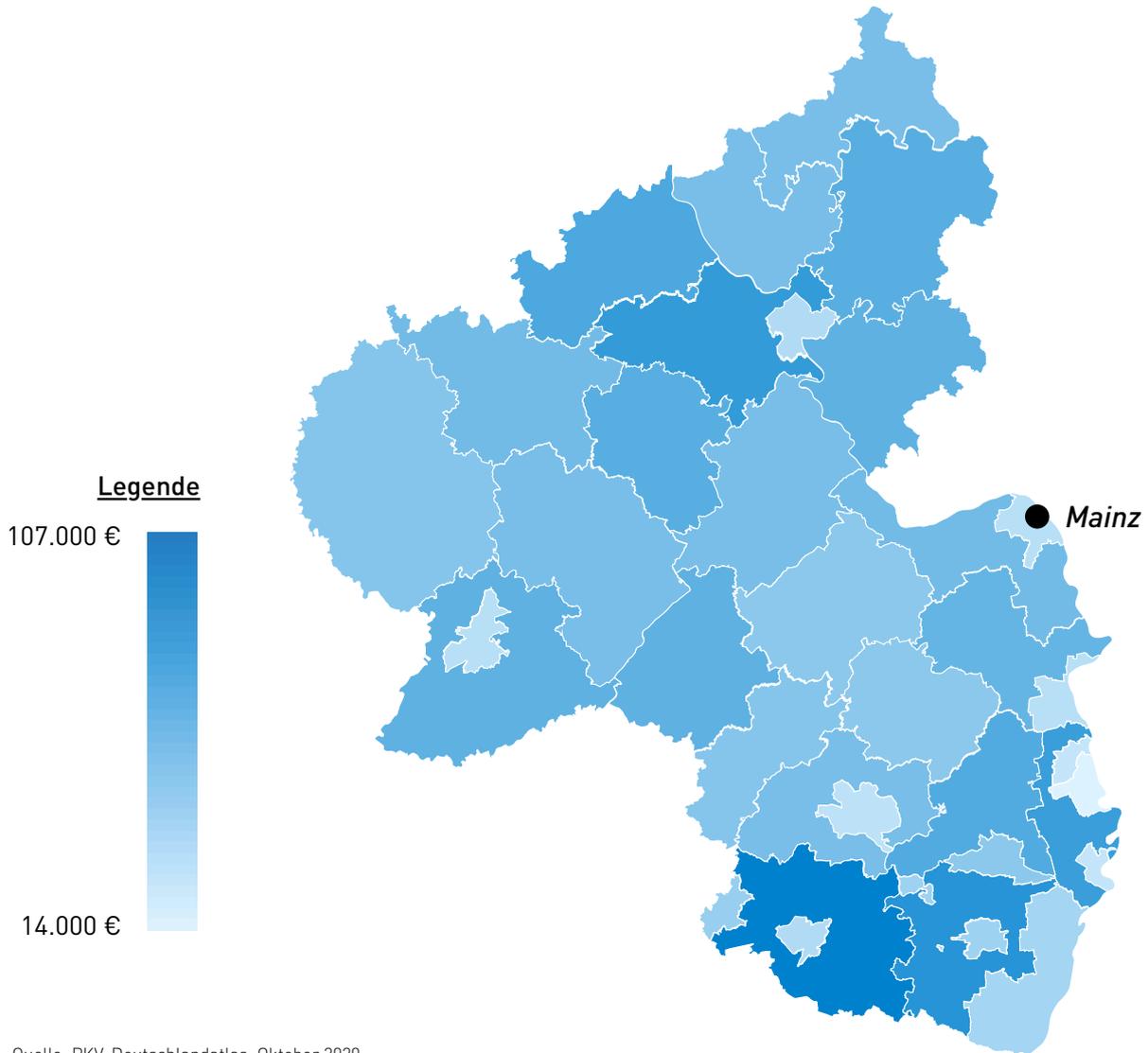
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 8:
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt**

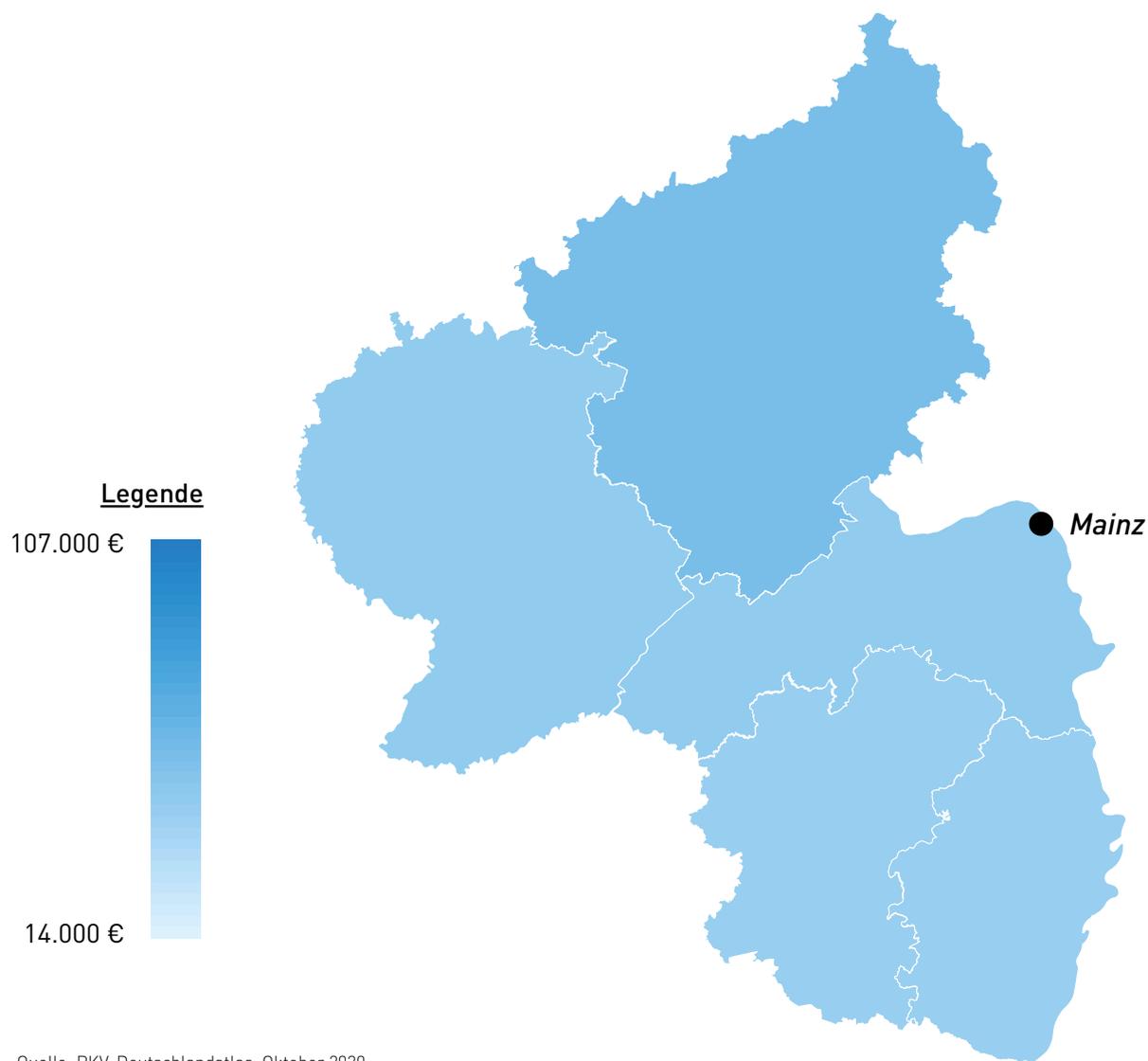
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (altersadjustiert)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

**Abbildung 9:
Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt**

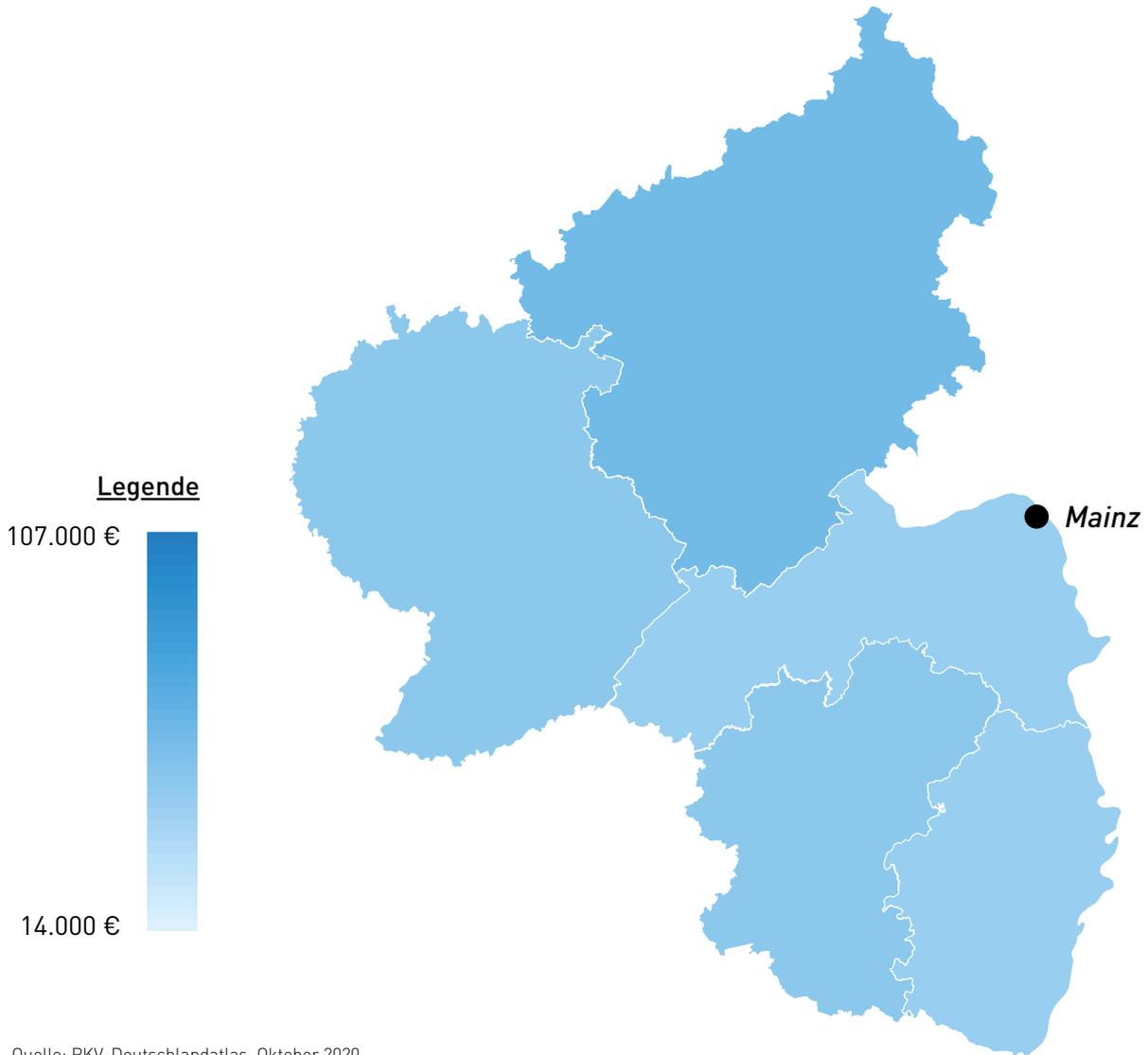
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)



Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

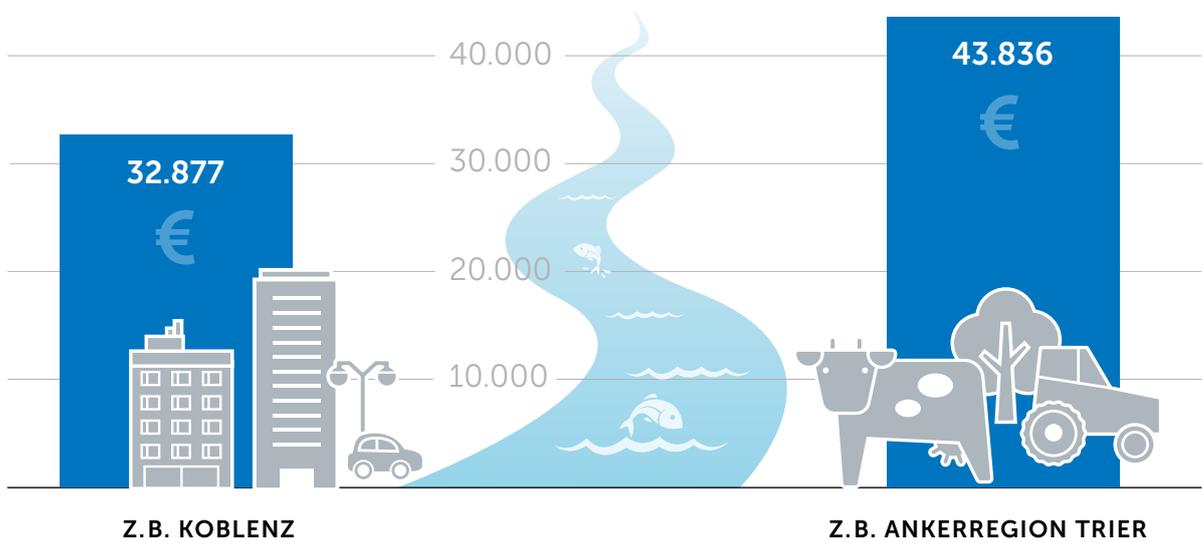
**Abbildung 10:
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt**

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



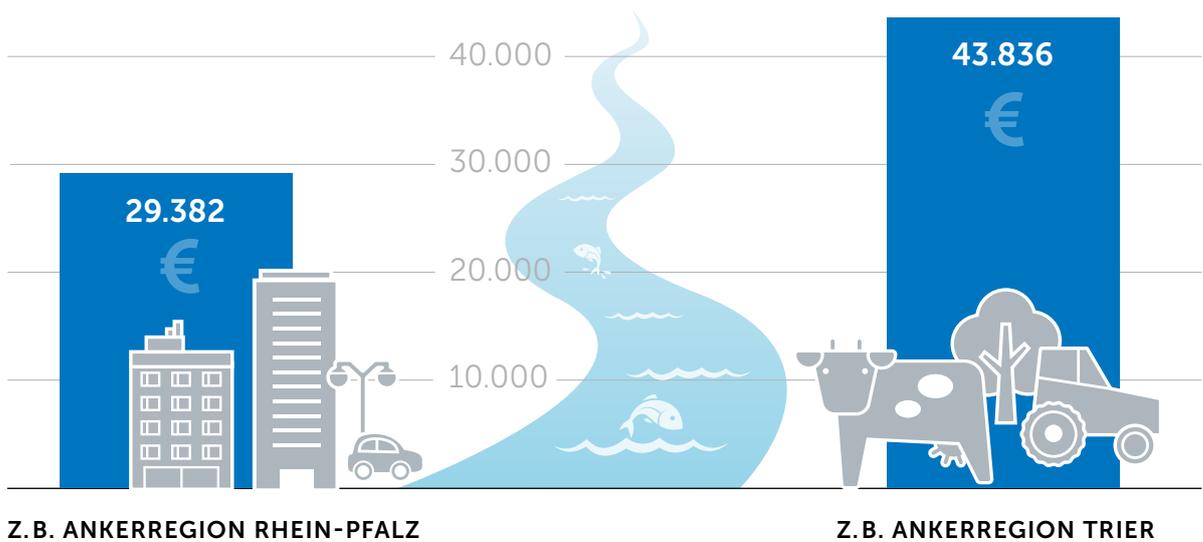
Quelle: PKV-Deutschlandatlas, Oktober 2020

Abbildung 11:
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt
 Stadt Koblenz und Ankerregion Trier im Vergleich



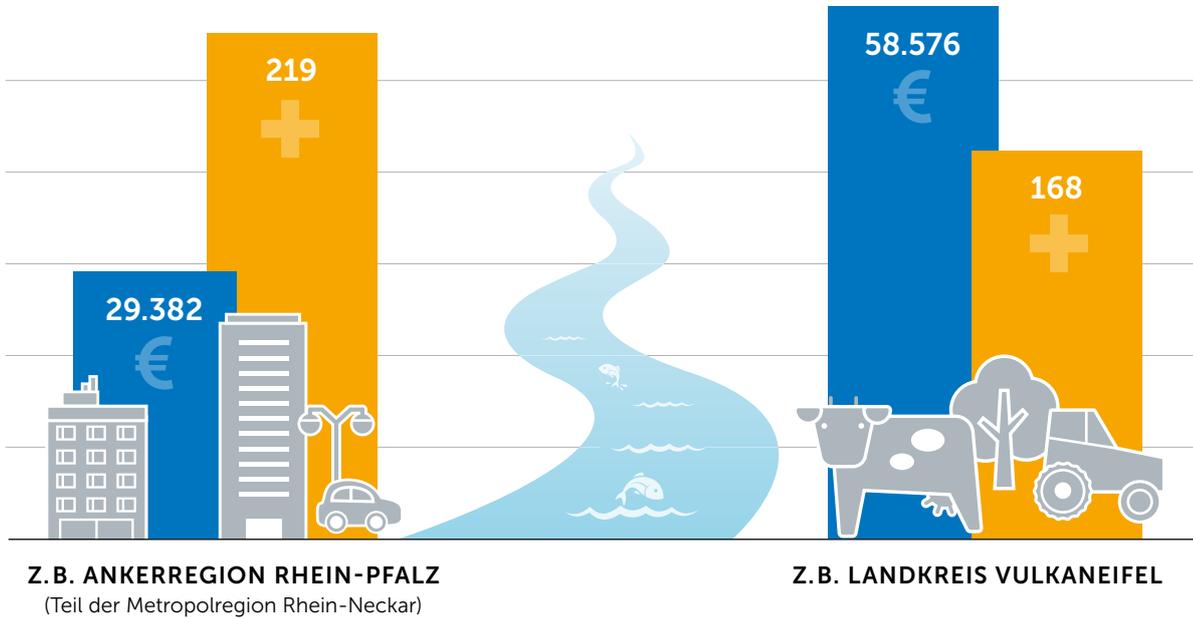
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
 Stand Oktober 2020

Abbildung 12:
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt
 Ankerregion Rhein-Pfalz und Ankerregion Trier im Vergleich



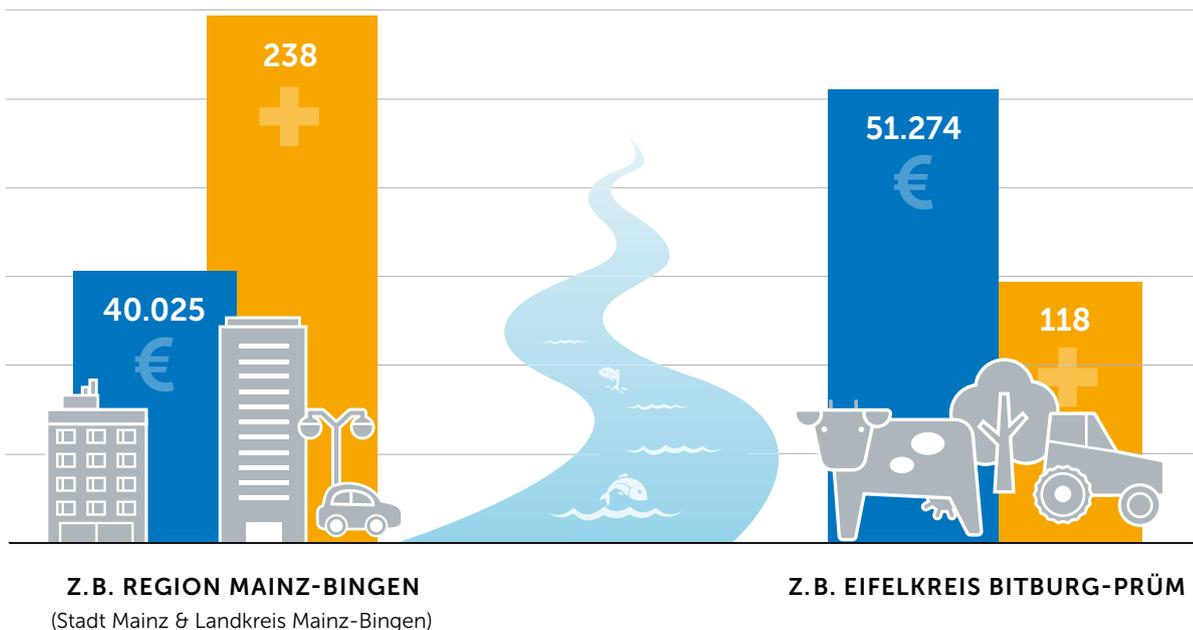
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
 Stand Oktober 2020

Abbildung 13:
Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²
 Ankerregion Rhein-Pfalz und Landkreis Vulkaneifel im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner
 Stand Oktober 2020

Abbildung 14:
Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²
 Region Mainz-Bingen und Eifelkreis Bitburg-Prüm im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner
 Stand Oktober 2020



Verband der Privaten
Krankenversicherung

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