

**Ärztemangel auf dem Land:
Die Einheitliche Gebührenordnung als Teil der
Lösung oder als (verschärfendes) Problem?**

**Privatversicherte im städtischen und ländlichen Raum
am Beispiel des Landes Hessen**

Von Dr. Frank Schulze Ehring

Autorenzeile	12
Impressum	9

Zu dieser Ausgabe

■ Bereits seit Mitte 2018 erarbeitet die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) Vorschläge zu einer Reform der ärztlichen Vergütungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Demnächst wird die Kommission ihren Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben.

Als Diskussionsbeitrag zu den möglichen Folgen einer sogenannten Einheitlichen Gebührenordnung liefert Dr. Frank Schulze Ehring, Leiter Grundsatzfragen der Gesundheits- und Sozialpolitik beim Verband der Privaten Krankenversicherung, eine vergleichende Analyse der Auswirkungen von höheren PKV-Vergütungen auf die medizinische Versorgung in strukturschwachen Gebieten.

Zentrales Ergebnis: Gerade in ländlichen Räumen seien die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in der Stadt. Dass 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, stelle einen „politischen Irrtum“ dar. Die Regionalergebnisse für Hessen würden in diesem Zusammenhang in eine vollständig andere Richtung weisen.

Letztendlich stelle die angestrebte gleichmäßigere Verteilung von Ärzten nicht eine Frage der Gebührensystematik dar, sondern berühre primär die kommunale Infrastruktur- und Standortpolitik.

Die Redaktion

Im Herbst/Winter 2019 haben relevante Akteure des Gesundheitswesens in den Gesellschaftspolitischen Kommentaren – gpk zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen Stellung bezogen:



Digitalisierung: Nach dem DVG ist vor dem DVG Ein E-Health-Gesetz pro Legislatur genügt schon lange nicht mehr Tino Sorge MdB	3
Weitere Stärkung der Patientenrechte Für Patientenrechte, die ihren Namen verdienen Martina Stamm-Fibich MdB	5
Das überagile DVG Wo bleibt das Gesamtbild? Professor Dr. Andrew Ullmann MdB	9
Die Zukunft der Pflegefinanzierung Generationengerecht und Nachhaltig Nicole Westig MdB	11
Digitalisierung ist kein Selbstzweck Akzeptanz und Nutzen müssen im Fokus stehen Maria Klein-Schmeink MdB	14
Rettet die Reha Die Rehabilitation darf nicht länger das vernachlässigte Stiefkind bleiben Thomas Bublitz	18
Autoren	8
Impressum	7

Ärztmangel auf dem Land

Die Einheitliche Gebührenordnung als Teil der Lösung oder als (verschärfendes) Problem? Privatversicherte im städtischen und ländlichen Raum am Beispiel des Landes Hessen

Von Dr. Frank Schulze Ehring

Seit Mitte 2018 hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) Vorschläge zur Reform der ärztlichen Vergütungen in GKV und PKV erarbeitet. Es ist zu erwarten, dass die KOMV ihren Abschlussbericht im Januar oder Februar 2020 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übergeben wird oder bereits übergeben hat. SPD, Grüne und die Linke erhoffen sich von der wissenschaftlichen Kommission – im Vorgriff auf ihr Ziel einer „Bürgerversicherung“ – deutliche Impulse für eine sogenannte Einheitliche Gebührenordnung. Eine Einheitliche Gebührenordnung soll – so das politische Ziel – die bestehende Dualität der Gebührenordnungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im System der Privaten Krankenversicherung (PKV) ersetzen.

Der Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) wird die Debatte über die Gebührenordnungen im deutschen Gesundheitssystem nicht zum Abschluss bringen, sondern sie gegebenenfalls neu entfachen. Dabei lohnt es sich, einen Blick auf eines (von zwei) zentralen Argumenten für eine einheitliche Gebührenordnung zu werfen. Neben dem Vorwurf, die Dualität aus EBM und GOÄ führe zur Zwei-Klassen-Medizin, wird von Gegnern der Privaten Krankenversicherung fortlaufend darauf hingewiesen, dass höhere PKV-Vergütungen keinen Beitrag zur medizinischen Versorgung in strukturschwachen Gebieten leisten.

Im Gegenteil, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) würde – so die These – die Niederlassung von Ärzten vor allem in Städten begünstigen und im ländlichen Raum benachteiligen. Die Einheitliche Gebührenordnung könnte diesen regionalen Fehlanreiz, so das

häufig zu hörende Versprechen, heilen oder eindämmen. Stimmt das? Wäre eine Einheitliche Gebührenordnung für die medizinische Versorgung auf dem Lande Teil einer Lösung? Oder ständen – im Gegenteil – ländliche Regionen wieder mal als Verlierer da?

Von Anreizen und Fehlanreizen

In Deutschland rechnen Ärzte Leistungen für GKV-Versicherte auf Basis des EBM und Leistungen für Privatversicherte 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 für den Arzt führen, je nach Art des Versicherungsschutzes des Patienten. Im Allgemeinen 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. Über alle Leistungsbereiche hinweg liegen die Mehrumsätze bei über 12,89 Mrd. € jährlich.¹ In der gesundheitsökonomischen Literatur ist dieser

¹ Vgl. Hagemeister, S., Wild, f. (2018), Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV.

Tatbestand anerkannt. Unter anderem stellt Wasem (2018) fest, dass die Praxen „ohne Zweifel die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.² Wille et al. (2018) kommen in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass im Gesundheitssystem ohne Mehrumsätze der Privatpatienten ein Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen würde und die Versorgungslandschaft „ausgedünnter“ sei.³

Dennoch ist – wenn vom Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Versorgung in Deutschland die Rede ist – Kritik nicht weit: Privatversicherte seien ungleich verteilt. Die PKV wäre auf dem Land „nicht vorhanden“.⁴ Nur die Ballungszentren würden von den Mehrumsätzen als überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren. Regionen, „die es nötig hätten“, gingen leer aus.⁵ Deshalb seien „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“.⁶ Infolgedessen würden vereinzelte Privatversicherte im ländlichen Raum eine fast ausschließlich von der GKV sichergestellte und finanzierte medizinische Versorgungsstruktur unentgeltlich nutzen. Deshalb sei gegebenenfalls in wirtschaftsschwächeren Gebieten – wie z.B. dem Bayerischen Wald oder der Uckermark – für die Behandlung von Privatversicherten eine „Netzgebühr“ zu fordern.⁷

Die skizzierte Kritik mündet häufig in der politischen These, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land verantwortlich sei. Unter anderem vertritt 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.⁸ Als vermeintlicher Be-

weis für diesen Zusammenhang werden oftmals Deutschlandkarten zur regionalen Ärztedichte und zum Regionalanteil der Privatversicherten zueinander in Beziehung gesetzt.⁹

Dabei werden Korrelationen zwischen diesen beiden Merkmalen skizziert. Signifikante kausale Zusammenhänge zwischen Ärzte- und Privatpatientendichte lassen sich dagegen nicht ableiten, sondern werden vom Leser und Betrachter entsprechender Visualisierungen zum Beispiel unter der Überschrift „Geld zieht Ärzte an“ im Kopf gedanklich hergestellt.¹⁰ Dabei ist zu beobachten, dass bei derartigen Vergleichen häufig die Unterscheidung zwischen Korrelation und Kausalität „aus der Mode“ gekommen zu sein scheint.

Untersuchungsgegenstand und Methodik

Die Kritik an der vermeintlich ungleichen Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung in den Regionen steht im politischen Raum, ohne dass es belastbare statistische Belege gibt. Hier schließt die folgende Analyse an. Auf Basis der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, Vorarbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) nimmt der folgende Beitrag am Beispiel des Bundeslands Hessen eine Auswertung der regionalen Verteilung von Mehrumsätzen unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums vor.¹¹

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.

2 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.

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

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

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

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

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

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

9 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.

10 Vgl. <https://www.zeit.de/feature/gesundheit-arzt-privatversicherung-praxis>.

11 Der Text fasst den PKV-Regionalatlas Hessen zusammen; vgl. dazu Poncelet, T.; Schulze Ehring, F. (2019), PKV-Regionalatlas Hessen: Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung.

Folgend werden die Landkreise, kreisfreien Städte und die sogenannten Raumordnungsregionen in Hessen betrachtet.

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 Kostenniveau („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 Versorgung vorgenommen. So werden Verzerrungen durch regionale Alters- und ärztliche Kostenunterschiede vermieden.

Bundesland Hessen

In der PKV waren zum 31. Dezember 2017 insgesamt 8.753.400 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,6 %.¹² Von den Privatversicherten insgesamt nutzen im Krankheitsfall 0,69 Mio. Menschen die medizinische Infrastruktur in Hessen. Damit sind in Hessen 11,0 % der Bevölkerung privatversichert.¹³

Die Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, liegen in Deutschland bei über 12,89 Mrd. € jährlich. Davon entfallen 1,01 Milliarden € auf Privatversicherte in Hessen.

Die medizinische Infrastruktur in Hessen profitiert allerdings nur von denjenigen Mehrumsätzen, die man typischerweise auf wohnorts- oder arbeitsplatznahe medizinische Dienstleistungen bzw. Leistungserbringer zurückführen kann. Das sind in der Regel ambulante ärztliche Leistungen, Krankenhausleistungen,

Hebammenleistungen und Leistungen der Heilmittelerbringer und Apotheken. Erlöse aus dem Hilfs-, Verbands- und Arzneimittelbereich (Ausnahme: Apotheken) lassen sich dagegen weniger gut regional verortet zuordnen.

Im Ergebnis betragen die von Privatpatienten ausgelöst, in der medizinischen Infrastruktur der Regionen verbleibenden Mehrumsätze in Hessen rund 0,91 Mrd. € jährlich. Das entspricht je Einwohner in Hessen rund 147 €. ¹⁴ Von den in Hessen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 0,91 Mrd. € lassen sich 492 Millionen € auf die ambulante ärztliche Versorgung¹⁵ 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 z.B. auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der Ärzte beziehen. Für Hessen hieße das, dass bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 52.300 € entstehen.¹⁶

Mit diesen jährlichen Mehrerlösen nach PKV-Marktanteilen könnte in Hessen jeder ambulant niedergelassene Arzt zum Beispiel mehr als 1 Stelle im Bereich des medizinischen Praxispersonals finanzieren.¹⁷

Landkreise und kreisfreie Städte in Hessen

Wie in vielen Bundesländern gibt es in Hessen sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien

¹² 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.

¹³ Bei einer Bevölkerung in Hessen von 6,21 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand: 31.12.2016) entspricht das einem Marktanteil von ca. 11,03 %.

¹⁴ In Hessen lebten laut Statistischem Bundesamt zum 31.12.2016 6.213.088 Menschen.

¹⁵ Der PKV-Ausgabenstatistik folgend tragen zur ambulanten ärztlichen Versorgung ambulant tätige Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten und Hebammen bei.

¹⁶ Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Hessen zum Stichtagsmonat Mai 2018 9.405 ambulant niedergelassene und 11.933 ambulant tätige Ärzte, d.h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassene oder tätigen Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

¹⁷ 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.

Städten und Landkreisen stellt damit einen notwendigen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.

Im Trend leben in Hessen – wie zu erwarten – in Ballungsgebieten einschließlich Umland mehr Privatpatienten als in ländlichen Regionen. Zum Beispiel weist der Landkreis Hochtaunuskreis mit 19 % einen relativ hohen PKV-Marktanteil auf. Dagegen leben in der kreisfreien Stadt Kassel mit 9,7 % oder im Landkreis Waldeck-Frankenberg mit 7,3 % relativ wenige Privatversicherte. Als Zwischenergebnis lässt sich damit festhalten, dass Privatversicherte sowohl Stadt- als auch Landmenschen sind.

Altersadjustierte Mehrumsätze

Der (politische) Blick auf die regionale Verteilung der Privatversicherten greift allerdings zu kurz, wenn es darum geht, die regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung zu bewerten. Denn die regional verbleibenden Mehrumsätze hängen in den Landkreisen und kreisfreien Städten nicht nur von der Zahl der Privatversicherten, sondern auch von den regionalen Altersunterschieden ab.

Grundsätzlich gilt, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte. Ältere gehen in der Regel häufiger zum Arzt. Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland (Hessen) liegt bei 45,37 (45,32) Jahren. Mit 50,1 Jahren sind die Privatversicherten im Werra-Meißner-Kreis am ältesten. In der Stadt Frankfurt am Main dagegen leben mit durchschnittlich 42,4 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Im Trend – so die Beobachtung für Hessen insgesamt – sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten im Durchschnitt jünger als in ländlichen oder strukturschwachen Regionen.

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, würden

Mehrumsätze, die regional nach der Zahl der Versicherten ausgewiesen werden, in ländlichen Regionen unterschätzt und in städtischen Regionen in der Regel überschätzt.

Regionale (ärztliche) Kostenstrukturen

Die Bedeutung der Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur wird, neben der Zahl und dem Alter der Privatversicherten in den Regionen, auch von einer dritten Einflussgröße – den sich regional unterscheidenden Kostenstrukturen – beeinflusst. Vom regional vorherrschenden (ärztlichen) Kostenniveau 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.¹⁸ Dabei sind als Kostenarten Praxisaufwendungen einzubeziehen, die deutschlandweit einheitlich beziehungsweise 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 (hessischer) 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 und kreisfreien Städten darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

Alte Menschen gehen in der Regel häufiger zum Arzt. Und das Preis- und Kostenniveau in der Stadt ist auch für Ärzte höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn zum Beispiel Gehälter oder Mieten im Ballungsgebiet Frankfurt mit denen in ländlichen Regionen verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der

¹⁸ Für Details zum gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärzte vgl. Poncelet, T.; Schulze Ehring, F. (2019), PKV-

Regionalatlas Hessen: Regionale Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung.

Privatversicherten für die Versorgung auf dem Land und in der Stadt richtig zu bewerten. Die vorliegende Analyse folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-

Analyse altersadjustierter Mehrumsätze. Die Ergebnisse liegen als Ranking vor:

Tabelle 1: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Hessen) Mehrumsätze (Realwert¹) je ambulant niedergelassenen Arzt in Euro/Jahr

Rang	Landkreise/kreisfreie Städte	Mehrumsätze
1	Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis	88.574 €
2	Landkreis Darmstadt-Dieburg	86.489 €
3	Landkreis Wetteraukreis	72.678 €
4	Landkreis Bergstraße	70.704 €
5	Landkreis Schwalm-Eder-Kreis	69.650 €
6	Landkreis Limburg-Weilburg	69.112 €
7	Landkreis Kassel	67.756 €
8	Landkreis Odenwaldkreis	67.147 €
9	Landkreis Werra-Meißner-Kreis	66.719 €
10	Landkreis Offenbach	66.032 €
11	Landkreis Main-Kinzig-Kreis	65.304 €
12	Landkreis Main-Taunus-Kreis	64.541 €
13	Landkreis Vogelsbergkreis	64.215 €
14	Landkreis Hersfeld-Rotenburg	61.960 €
15	Landkreis Fulda	57.623 €
16	Landkreis Hochtaunuskreis	57.540 €
17	Landkreis Lahn-Dill-Kreis	50.894 €
18	Landkreis Waldeck-Frankenberg	48.964 €
19	Landkreis Groß-Gerau	48.465 €
20	Landkreis Gießen	47.541 €
21	Landkreis Marburg-Biedenkopf	47.493 €
22	Kreisfreie Stadt Wiesbaden	41.803 €
23	Kreisfreie Stadt Kassel	35.849 €
24	Kreisfreie Stadt Frankfurt	35.390 €
25	Kreisfreie Stadt Darmstadt	29.843 €
26	Kreisfreie Stadt Offenbach	27.831 €

Quelle: PKV-Regionalatlas Hessen (2019) ¹Um regionale (ärztliche) Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze.

Dem Ranking lässt sich entnehmen, wie die Landkreise und kreisfreien Städte im Vergleich abschneiden. Dabei zeigt sich ein Trend: Alle Landkreise liegen vor den kreisfreien Städten. Insbesondere ländliche Regionen profitieren von den Privatpatienten. Ländliche Regionen sind – gemessen am vor Ort entstehenden Mehrumsatz (Realwert) je ambulant niedergelassenen Arzt – im Vorteil.

Die fünf Großstädte Hessens bilden die letzten Plätze des Rankings. Während zum Beispiel bei den Landärzten im Landkreis Limburg-Weilburg Mehrumsätze im Realwert von 69.112 € anfallen (Rang 6), sind es in den Arztpraxen in Kassel (Rang 23) „nur“ 35.849 Euro beziehungsweise in Darmstadt (Rang 25) lediglich 29.843 Euro jährlich.

Raumordnungsregionen in Hessen

Die erläuterten Mehrumsätze (Realwert) der Privatversicherten nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellen einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Gleichwohl bringen sie für die 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 relativ viele Privatversicherte leben. Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel skizzieren.

Das Kreisgebiet des Landkreises Offenbach (Rang 10) mit rund 350.000 Einwohnern grenzt an die kreisfreie Stadt Offenbach (Rang 26) mit 127.000 Einwohnern. Insgesamt sind beide Verwaltungseinheiten auf kleinem Raum soziodemographisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Offenbach mit 248 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Offenbach liegt (156 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 Offenbach als „Speckgürtel“ der Stadt Offenbach mit einem PKV-Marktanteil von 11,8 % anteilig sehr viel mehr Privatversicherte leben als in der Stadt Offenbach selbst (7,2 %), 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 Stadt Offenbach (des Landkreises Offenbach) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärzte verteilt werden.

Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Offenbach entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 66.032 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der Stadt Offenbach, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassenen Arzt bei nur rund 27.831 €. Ein Ergebnis, das mit der Versorgungsrealität in und rund um Offenbach wenig bis fast nichts 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 der geografisch sehr naheliegenden kreisfreien Stadt nutzen.

Um diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche oder städtische Umland zu berücksichtigen, fasst eine Raumordnungsregion in der Regel eine größere kreisfreie Stadt mit den sie umgebenden Landkreisen zusammen. Dabei unterscheidet das BBSR zwischen städtischen Ballungsgebieten (Regionstyp 1), verstädterten Gebieten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen (Regionstyp 3).

Tabelle 2: Ranking nach Raumordnungsregionen¹ (Hessen)
 Mehrumsätze (Realwert²) je ambulant niedergelassenen Arzt in Euro/Jahr

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp nach BBSR ³	Mehrumsätze
1	Osthessen	ländlich	59.077 €
2	Starkenburger Land	städtisch	58.364 €
3	Nordhessen	verstädtert	53.541 €
4	Mittelhessen	ländlich	52.889 €
5	Rhein-Main	Ballungsgebiet	52.281 €

¹Raumordnungsregionen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) gebildet. ²Um regionale (ärztliche) Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze ³Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Auch auf der Ebene der Raumordnungsregionen lassen sich die Ergebnisse der Realwert-Analyse altersadjustierter Mehrumsätze als Ranking darstellen. Der auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte beobachtete Trend wird dabei bestätigt. Die Mehrumsätze (Realwert) der strukturschwachen Raumordnungsregion Osthessen (Rang 1) liegen über den Mehrumsätzen im Ballungsgebiet Rhein-Main (Rang 5 von 5).

Interessant sind auch „Cross-Over-Vergleiche“ zwischen sehr ländlichen Landkreisen ohne größere Anker-Städte und Ballungsgebieten, die nach dem Konzept der Raumordnungsregionen definiert worden sind. Sowohl bei den Landkreisen ohne größere Anker-Städte als auch bei den Raumordnungsregionen spielen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ (Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland & Speckgürtel-Phänomen) in der Regel keine größere Rolle.

Gesundheitspolitischer Info-Dienst Schütze-Brief

Im Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland rund 360 Milliarden Euro ausgegeben – mit steigender Tendenz. Wer sich in diesem wichtigen Wirtschaftsbereich, der von unterschiedlichen Interessen geprägt ist, erfolgreich behaupten will, benötigt zuverlässige Informationen – Informationen, die er zur Grundlage seiner Entscheidungen machen kann. Der Gesundheitspolitische Info-Dienst – Schütze-Brief informiert sachlich und kompetent. Der Schütze Brief verfügt über gute Kontakte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und zur Gesundheitspolitik. Seine Stärke ist es, Entwicklungen vorzusehen und die Fakten richtig einzuordnen. Durch sein zweimaliges Erscheinen pro Woche ist er stets aktuell.

Probeexemplare und weitere Informationen erhalten Sie von der Leo Schütze GmbH: Mobil: 01 70/2 37 93 36 Tel. 0 30/26 55 13 50 E-Mail: schuetze-eifel@t-online.de



In Hessen gehören zu den (sehr ländlichen) Landkreisen zum Beispiel der Vogelsbergkreis oder der Landkreis Hersfeld-Rotenburg. Geographisch lassen sich diese Landkreise – anders als zum Beispiel der Rheingau-Taunus-Kreis oder der Main-Taunus-Kreis – keiner größeren, wirtschaftsstarken Anker-Stadt wie Frankfurt oder Wiesbaden zuordnen. Mit Blick auf die sozioökonomischen und soziodemographischen Merkmale dieser Landkreise handelt es sich häufig um diejenigen Regionen, die in der politischen Diskussion typischerweise gemeint sind, wenn davon die Rede ist, dass die medizinische Infrastruktur in ländlichen Regionen überhaupt nicht oder nur selten von Privatversicherten profitiere.

Der „Cross-Over-Vergleich“ zeigt ein vollständig anderes, differenzierteres Bild: Mit durchschnittlich 64.215 € und 61.960 € im Jahr (Realwert) liegen die von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze im Vogelsbergkreis beziehungsweise im Landkreis Hersfeld-Rotenburg nicht nur deutlich über denen in Frankfurt oder Wiesbaden, sondern auch über den Mehrumsätzen (52.281 €), die je niedergelassenen Arzt in der Raumordnungsregion Rhein-Main (Regionstyp 1) anfallen. Das ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil zur Raumordnungsregion Rhein-Main eben nicht nur Frankfurt und Wiesbaden, sondern auch die „Speckgürtel-Kreise“ Rheingau-Taunus, Main-Taunus oder Main-Kinzig gehören.

Die Ergebnisse lassen sich mit den zum Teil erheblichen Alters- und ärztlichen Kostenunterschieden zwischen Stadt und Land erklären. Offensichtlich entfalten der relativ hohe Altersdurchschnitt der Privatversicherten in ländlichen Regionen und das dort vorherrschende Preis- und Kostenniveau (zum Beispiel im Bereich der Lohn- und Mietkosten) im Trend eine erkennbare Wirkung.

Die relative Häufigkeit der Privatversicherten in Ballungsgebieten verliert hingegen signifikant an Bedeutung. Die Realwerte der altersadjustierten Mehrumsätze zeigen dementsprechend ein Bild, das vollständig der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich.

Welche Regionen profitieren?

Die Analyse zeigt, dass es in allen Teilen Hessens einen relevanten Anteil von Privatpatienten gibt. Damit stellen die Mehrumsätze der Privatpatienten 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“ ausgingen¹⁹ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien“,²⁰ 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 Hessen werden in diesem Zusammenhang häufig der Vogelsbergkreis und die Landkreise entlang der ehemaligen Grenze zur DDR genannt. Im Landkreis Vogelsbergkreis liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung bei guten 8,1 %. Rechnerisch lassen sich im Landkreis Vogelsbergkreis jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von 64.215 € p.a. (Realwert) zuordnen. Ein Wert, der weit über den Mehrumsätzen zum Beispiel in der kreisfreien Stadt Frankfurt am Main (35.390 €) liegt. Im Ergebnis läuft damit der Vorwurf, dass vor allem große Städte von dem überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren, sachlich vollständig ins Leere.

Geld zieht keine Ärzte an!

Darüber hinaus widerlegt die Analyse 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 Regionalergebnisse für Hessen zeigen in diesem Zusammenhang in eine vollständig andere Richtung.

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

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

Obwohl sich die Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Regionstyp 3) mit durchschnittlich 56.000 € im Jahr (Realwert) leicht über dem Mehrumsatzniveau verstärkter und städtischer Umfelder (Regionstyp 2/3) bewegen (54.700 €), liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten (Regionstyp 3) deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Regionstyp 1). Oder konkreter: Obwohl in Osthessen (Regionstyp 3) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenen Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von rund 60.000 € und in der Ballungsregion Rhein-Main (Regionstyp 1) dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von rund 52.000 € ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in Osthessen mit 179 ambulant tätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutlich unterhalb der im Rhein-Main-Gebiet (205).

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)²¹ und Sundmacher & Ozegowski (2016)²² und Arentz (2017)²³, dass bei der Niederlassungsentscheidung von deutschen Ärzten finanzielle Aspekte wie 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.²⁴

Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Obwohl es auf dem Land an von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätzen nominal und vor allem real nicht mangelt, bleibt bei der Standortentscheidung für die Ärzte das Argument „Urbanität“ maßgebend. Folgerichtig sind alle Rufe aus der Politik – mit dem Hinweis auf vermeintlich regional verzerrende Anreize durch Privatversicherte –, eine Vereinheitlichung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) voranzutreiben beziehungsweise zumindest eine Konvergenz der Vergütungssysteme in GKV und PKV einzuleiten, nicht sachgerecht.

Eine wie auch immer politisch gewollte Vereinheitlichung der Gebührenordnungen würde die relative Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land nicht heilen, sondern verschärfen. Eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme würde insbesondere und überproportional die ambulante ärztliche Infrastruktur im ländlichen Raum treffen.

Denn gerade auf dem Land sind die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in der Stadt. Ländliche Regionen ständen ein weiteres Mal als Verlierer da. Im Kern wäre deshalb eine wie auch immer ausgestaltete Vereinheitlichung der Gebührenordnungen eine grundlegend falsche Antwort auf die zunehmende Urbanisierung der Gesellschaft. Letztendlich ist eine gleichmäßigere Verteilung von Ärzten nicht eine Frage der Gebührensystematik, sondern eine Frage, die primär die kommunale Infrastruktur- und Standortpolitik berührt.²⁵

21 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.

22 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.

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

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

25 Vgl. Arentz, C (2017), Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), S. 45.

Autor dieser Ausgabe

Dr. Frank Schulze Ehring (Jahrgang 1972), Leiter Grundsatzfragen der Gesundheits- und Sozialpolitik beim Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Berlin. Studium der Volkswirtschaftslehre in Gießen, Promotion an der Universität zu Köln im Bereich der Umweltökonomie und -politik bei den Professoren C. Fuest und W. Kitterer, Tätigkeiten unter anderem an der Fachhochschule Köln und als Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Verband der Privaten Krankenversicherung in Köln (2004 - 2009).

Gesellschaftspolitische Kommentare - gpk

ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Gisela Schütze-Broll, Leo Schütze †

Chefredaktion: Gisela Schütze-Broll (verantwortlich), André Hase-
rück

Redaktion: Gabriela Broll, Dr. Franz-Josef Bohle (freier Mitarbeiter)

Leo Schütze GmbH

Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

Bestellungen: schuetze-eifel@t-online.de

Redaktions-Anschriften:

Zentralbüro (Eifel)

Hauptstraße 3, 54614 Dingdorf

Tel.: 01 70/2 37 93 36

Hauptstadtbüro Berlin

Karl-Heinrich-Ulrichs-Straße 14, 10785 Berlin

Tel.: (0 30) 26 55 13 50, Fax: (0 30) 25 79 45 52

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.

Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben.

Im Abonnement oder als Einzelausgabe erhältlich.

Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Artikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder.

Die mit „gpk“ gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der Redaktion, nicht vom Verfasser.

Sämtliche Nutzungsrechte der Gesellschaftspolitischen Kommentare – gpk liegen bei der Leo Schütze GmbH. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung, ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der Leo Schütze GmbH unzulässig.

Zitierung nur mit Quellenangabe