



PKV-Regionalatlas Sachsen

Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen
Versorgung in den Regionen

Sophia Hartung





PKV-Regionalatlas Sachsen

Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen
Versorgung in den Regionen

Impressum

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0

Heidestraße 40, 10557 Berlin

Telefon: (030) 20 45 89-20

www.pkv.de · kontakt@pkv.de

September 2024

ISBN: 978-3-9820833-1-5

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
1 „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“	6
1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung	6
1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik	8
2 Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil	10
2.1 Sachsen	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Sachsen	12
2.2.1 Strukturdaten	13
2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	14
2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	15
2.3 Raumordnungsregionen in Sachsen	17
2.3.1 Strukturdaten	18
2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	18
2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	20
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	22
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	22
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	23
3.3 Realwert der altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	27
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	29
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	29
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	31
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	32
5 Rangordnungen und Rankings	33
5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	33
5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen	34
5.3 Ranking nach Ankerregionen	35
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	37
Anhang	46

Tabellenverzeichnis

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

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	34
Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	35
Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung	46
Abbildung 2: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Großraum Jena und Landkreis Saalfeld-Rudolstadt im Vergleich.....	47
Abbildung 3: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Großraum Erfurt und Landkreis Wartburg im Vergleich.....	47
Abbildung 4: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Großraum Jena und Landkreis Kyffhäuserkreis im Vergleich	48
Abbildung 5: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Großraum Erfurt und Landkreis Saale-Orla im Vergleich.....	48
Abbildung 6: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Stadt und Land im Vergleich.....	49
Abbildung 7: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Stadt und Land im Vergleich.....	49
Abbildung 8: Privatversicherte in Sachsen	
Lebensumfeld nach Siedlungsstrukturen in Prozent	50

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 die Verantwortung für gleichwertige Lebensverhältnisse trägt, dafür dass die Bedürfnisse aller Berücksichtigung finden.² Auch die Regierungsparteien bekennen sich im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Grüne und FDP in vielerlei Hinsicht zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in der Stadt und auf dem Land.³ Der Bezugspunkt ist dabei häufig der Artikel 72 des Grundgesetzes. Dort ist von der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ die Rede.⁴ Enger gefasst wird diese verfassungsrechtliche Norm im Raumordnungsgesetz (ROG). Als Grundsätze der Raumordnung wird hier die Sicherstellung der Daseinsvorsorge, die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und die Ausgewogenheit der Wirtschaftsstruktur genannt (§ 2 Abs. 2 ROG).⁵

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

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

1.1 Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung

Mit dem Ziel der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ rückt die Sicherung der Gesundheitsversorgung in das Blickfeld der Wirtschafts-, Gesundheits- und Regionalpolitik. Dabei sind die Voraussetzungen für Deutschland insgesamt als gut bis nahezu sehr gut zu betrachten. Die Gesundheitsversorgung in

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

² Vgl. Grundsatzprogramm der CDU (2024), In Freiheit leben, S. 68.

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

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

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

Deutschland gehört zu den besten weltweit. Das deutsche Gesundheitssystem bietet den Versicherten im europäischen Vergleich relativ kurze Wartezeiten, einen schnellen Zugang zu innovativen Arzneimitteln, eine freie Arztwahl sowie einen umfangreichen Leistungskatalog.⁶ Zudem profitieren die Patienten von einer modernen medizinischen Infrastruktur und einer vergleichsweise hohen Ärztedichte.

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

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

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

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) weist die Leistungsausgaben – den Umsatz – sowie den Mehrumsatz der Privatversicherten seit dem Jahr 2006 aus. Aktuell liegen die Umsätze der Privatversicherten bei den Leistungserbringern über alle Leistungsbereiche hinweg bei 39,5 Mrd. €. Als Teilmenge davon summieren sich die Mehrumsätze auf über 11,7 Mrd. € jährlich.⁷ Dieser Mehrumsatz-Betrag ginge dem deutschen Gesundheitssystem verloren, wenn die Private Krankenversicherung (PKV) in Vergütungshöhe und Honorararithmetik an das System der GKV angeglichen würde.

Mit Hilfe der Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten können Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in gut ausgebildetes Personal investieren. In der gesundheitsökonomischen Fachliteratur ist dieser Tatbestand überwiegend anerkannt. In einer Studie mit interdisziplinären Fallbeispielen stellt Rebmann et al. (2023) zusammenfassend fest, dass die von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt, innovative, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu finanzieren.⁸ Auch Wasem (2018) geht davon aus, dass die Praxen „ohne Zweifel ... die Mehrumsätze in ihre

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

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

8 Vgl. Brohammer, N.; Leonhard, E.; Kern-Schnur, A.; Rebmann, B. (2023), Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur: Der Beitrag der Privaten Krankenversicherung, Köln, 2023.

betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁹ 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.¹⁰

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“.¹¹ Nur die Ballungszentren würden von den Mehrumsätzen als überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren. Regionen, „die es nötig hätten“, gingen leer aus.¹² Deshalb seien „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“.¹³ Infolgedessen würden vereinzelte Privatversicherte im ländlichen Raum eine fast ausschließlich von der GKV sichergestellte und finanzierte medizinische Versorgungsstruktur unentgeltlich nutzen. Deshalb sei gegebenenfalls in wirtschaftsschwächeren Gebieten – wie zum Beispiel dem Bayerischen Wald oder der Uckermark – für die Behandlung von Privatversicherten eine „Netzgebühr“ zu fordern.¹⁴

Die Kritik mündet häufig in der politischen These, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land und damit für die regionale „Ungleichwertigkeit“ der Lebensverhältnisse zumindest im Bereich der medizinischen Versorgung verantwortlich sei. Unter anderem SPD, Grüne und Linke erheben regelmäßig den Vorwurf, dass es die meisten Ärztinnen und Ärzte dorthin ziehe, wo es viele Privatversicherte gibt. Und das sei vornehmlich in den Metropolen der Fall.¹⁵ Als vermeintlicher Beweis für diesen Zusammenhang werden oftmals Deutschlandkarten zur regionalen Ärztedichte und zum Regionalanteil der Privatversicherten zueinander in Beziehung gesetzt.¹⁶ 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.¹⁷ Dabei ist zu beobachten, dass bei derartigen Vergleichen sowohl in der Politik als auch in der öffentlichen Diskussion nicht immer trennscharf zwischen Korrelation und Kausalität unterschieden wird.

1.2 Untersuchungsgegenstand und Methodik

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

9 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.

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

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

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

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

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

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

16 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.

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

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

Landkreise und kreisfreie Städte sind bekannte, nicht zu erläuternde Gebietskörperschaften. Die Landkreise und kreisfreien Städte wiederum sind Ausgangspunkt, um nach regionalen, wirtschaftlichen und geografischen Strukturmerkmalen Ankerregionen zu bilden. Die sogenannten Raumordnungsregionen sind dagegen in der Regel – im Vergleich zu den Ankerregionen – als sehr viel „weiträumiger“ zu betrachten. Die 96 in Deutschland existierenden Raumordnungsregionen stellen ein Beobachtungs- und Analyseraster des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) dar. Sie berücksichtigen fast immer die Grenzen der Bundesländer¹⁸ und setzen sich aus mehreren kreisfreien Städten und/oder Landkreisen zusammen. Grundlage sind die wirtschaftlichen und soziodemografischen Strukturverflechtungen in den Regionen. Im Ergebnis berücksichtigt sowohl die Verwendung der vom BBSR definierten Raumordnungsregionen als auch der ab Abschnitt 5.3 zu bildenden Ankerregionen, dass Großstädte, Städte und verstädterte Kreise zum Beispiel bei der ärztlichen Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner eine Mitversorgungsfunktion für das (ländliche) Umland erfüllen.

Die Bedeutung der durch Privatversicherte ausgelösten Einnahmen für die medizinische Infrastruktur in den Bundesländern, Raumordnungsregionen, Städten und Landkreisen hängt unmittelbar von der Zahl der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Folgerichtig wird im PKV-Deutschlandatlas in einem ersten Schritt eine Auswertung der regionalen Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen vorgenommen (Abschnitt 2). Der regionale Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung hängt allerdings auch vom Durchschnittsalter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten sowie vom Nominal- beziehungsweise Realwert¹⁹ der in den Regionen verbleibenden Einnahmen ab. Mit Blick auf die erheblichen regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind i.d.R. jünger“) und mit Blick auf das regional unterschiedliche Kostenniveau medizinischer Leistungserbringer („Einnahmen in der Stadt sind i.d.R. real weniger wert“) wird deshalb in einem zweiten Schritt (Abschnitt 3) – um Verzerrungen durch regionale Alters- und Kostenunterschiede weitestgehend zu vermeiden – eine altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse vorgenommen. Die altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse beschränkt sich dabei auf die Größe der Mehrumsätze. Denn lediglich die Mehrumsätze zeigen den Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.

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

Der Freistaat Sachsen mit rund 4,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner erstreckt sich auf 18.400 Quadratkilometern. In Sachsen gibt es sowohl urbanen Zentren und Universitätsstädte als auch ländlich geprägte Regionen. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede ist mit dem Regionalatlas Sachsen ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Sachsen nicht nur auf eine Darstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahlin den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten wo in Sachsen welchen absoluten und relativen finanziellen Nominal- und Realbeitrag zur medizinischen Versorgung leisten.

¹⁸ 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.

¹⁹ Der Realwert ist ein um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Nominalwert.

2 Umsätze und Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil

Die Anteile der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung in den Bundesländern, Raumordnungsregionen, Städten und Landkreisen stellen einen ersten Schritt dar, sich der regionalen Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung zu nähern. Sundmacher & Ozegowski (2015) haben die regionalen PKV-Marktanteile je Landkreis und kreisfreie Stadt als Differenz zwischen der Bevölkerungszahl und der Zahl der GKV-Versicherten geschätzt. Aufgrund mangelnder Datenqualität mussten dabei 94 Landkreise und kreisfreie Städte – also fast $\frac{1}{4}$ der Datensätze – aus der quantitativen Analyse ausgeschlossen werden.²⁰

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

2.1 Sachsen

In der Privaten Krankenversicherung (PKV) waren 2023 insgesamt 8.704.900 Menschen krankenvollversichert. Das entspricht im Bundesdurchschnitt einem Marktanteil von 10,3 %.²¹ Von den Privatversicherten in Deutschland insgesamt nutzen im Krankheitsfall rund 252.000 privatversicherte Menschen die medizinische Infrastruktur in Sachsen. Damit sind im Freistaat Sachsen 6,2 % der Bevölkerung privatversichert.²²

Die Privatversicherten in Sachsen lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich für ganz Sachsen auf 1,19 Mrd. € jährlich beziffern. Eine Teilmenge von den Umsätzen sind die Mehrumsätze. Die Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur deshalb entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, summieren sich auf 357 Mio. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur in Sachsen profitiert allerdings nur von denjenigen Umsätzen und Mehrumsätzen, die man typischerweise auf wohnorts- oder arbeitsplatznahe medizinische Dienstleistungen beziehungsweise Leistungserbringer zurückführen kann. Das sind in der Regel ambulante ärztliche Leistungen, Krankenhausleistungen, Hebammenleistungen und Leistungen der Heilmittelerbringer sowie Leistungen der Heilpraktiker und Apotheken. Erlöse aus dem Hilfs-, Verbands- und Arzneimittelbereich (Ausnahme: Apotheken) lassen sich dagegen weniger gut regional verortet zuordnen.

Bei den Umsätzen stellt sich das Bild damit wie folgt dar: Bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten betragen die von Privatpatienten ausgelösten, in der medizinischen Infrastruktur

²⁰ Vgl. Sundmacher, L.; Ozegowski, S. (2015), Ziehen Privatpatienten Ärzte an?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/13, 16. Jahrgang?, S. 32 ff.

²¹ In der PKV waren 2023 8.704.900 Menschen krankenvollversichert. Davon leben rund 45.000 Privatversicherte im Ausland. Als „Pendler“ (u. a. Arbeitsplatzpendler) vor allem aus dem benachbarten nahen Ausland in Grenznähe nutzen diese in der Regel die medizinische Infrastruktur in Deutschland. Dementsprechend wird im vorliegenden PKV-Deutschlandatlas vereinfachend davon ausgegangen, dass – bei einer Bevölkerung von 84,7 Mio. (Statistisches Bundesamt) – der Marktanteil der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei rund 10,48 % liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Bundesländern und Regionen.

²² Bei einer Bevölkerung in Sachsen von 4,06 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2023) entspricht das einem Marktanteil von ca. 6,2 %.

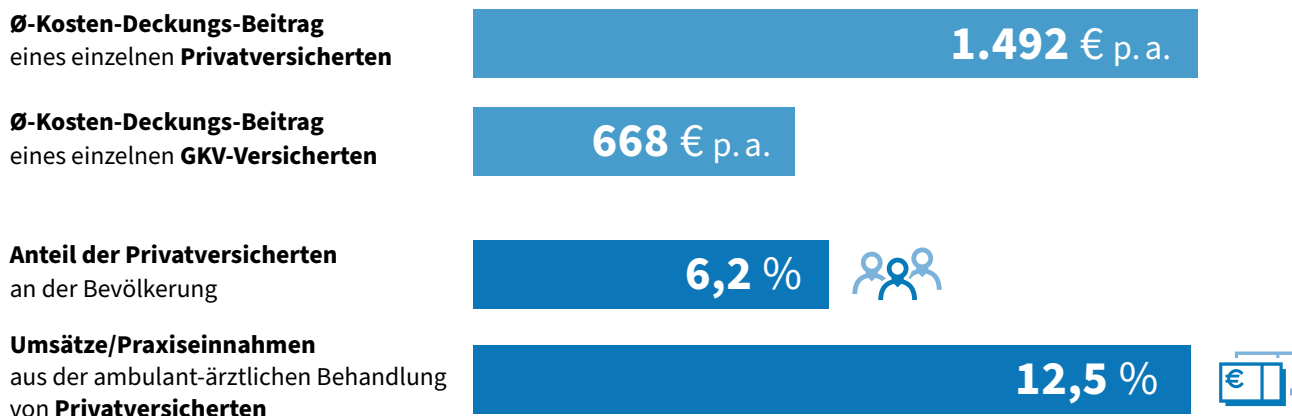
Sachsens verbleibenden Umsätze 919 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner/-in in Höhe von rund 226 €. Von den in Sachsen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Umsätzen lassen sich 377 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²³ zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender Anteil auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Hilfsweise lassen sich deshalb die ambulanten Umsätze der Privatversicherten – um regionale Vergleiche nicht nur auf Landes-, sondern zum Beispiel auch auf Stadt- und Kreisebene möglich zu machen – auf die regional variierende Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte beziehen.

Für Sachsen hieße das, dass bei jeder ambulant niedergelassenen Ärztin (ambulant tätigen Ärztin) und bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Umsätze in Höhe von rund 69.000 € (53.400 €) entstehen.^{24 25} Diese Umsatzgrößen lassen sich mit den erzielten Gesamtumsätzen der Ärztinnen und Ärzte in den ambulanten Praxen und Versorgungseinheiten in Verbindung bringen. Im Durchschnitt erzielen in Sachsen Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 12,5 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Sachsen nur 6,2 % der Bevölkerung privat versichert sind.

Aus den Umsatzzahlen ergeben sich darüber hinaus konkrete, vom Versichertenstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge. Der durchschnittliche Kosten-Deckungsbeitrag lässt sich als Euro-Beitrag eines versicherten Patienten definieren, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten der medizinischen Infrastruktur – hier im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung – zur Verfügung steht. Der durchschnittliche Kosten-Deckungsbeitrag eines privat Versicherten zu Gunsten der ambulant-ärztlichen Versorgung liegt bei 1.492 € (2022/2023) jährlich.²⁶ Der Kosten-Deckungsbeitrag eines gesetzlich Versicherten summiert sich dagegen laut Ausgabenstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lediglich auf 668 € (2022).²⁷ Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen um den Faktor 2,23 höheren Durchschnittsbeitrag zur Deckung der variablen und fixen Kosten einer Arztpraxis als ein GKV-Versicherter.

Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

Kosten-Deckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Sachsen



Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

24 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Sachsen (2022) 5.464 ambulant niedergelassene beziehungsweise 7.061 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, d. h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärztinnen und Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

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

26 (Privatversicherten-Ausgaben für ambulant-ärztliche Versorgung: 13,04 Mrd. €, davon 377.224.077 € in Sachsen) / (Zahl der Privatversicherten: 8,7 Mio., davon 252.806 in Sachsen).

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

Als Teilgröße der ausgewiesenen Umsätze sind die Mehrumsätze der Privatversicherten bei den medizinischen Leistungserbringern zu betrachten. Von den Mehrumsätzen verbleibt – bei rechnerischem Bezug auf die Zahl der Privatversicherten – in Sachsen ein Gesamtbetrag in Höhe von 314,6 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Mehrumsatz je Einwohner/-in in Höhe von rund 78 €. Von den in Sachsen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 201,1 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²⁸ zurückführen. Für Sachsen hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 36.800 € (28.500 €) jährlich entstehen.^{29 30} Mehrumsätze, die dem Gesundheitssystem in Sachsen ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen würden.

Tabelle 1: Sachsen

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	174
PKV-Marktanteil	6,2%
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	1,19 Mrd. €
Mehrumsätze (jährlich)	356,7 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Umsätze¹	
insgesamt (jährlich)	918,6 Mio. €
je Einwohner	226 €
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	314,6 Mio. €
je Einwohner	78 €
regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	377,6 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	69.000 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	53.400 € ²
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	201,1 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	36.800 € ²
je ambulant tätigem Arzt	28.500 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Sachsen

Im Freistaat Sachsen gibt es sowohl wirtschaftlich stärkere als auch ländlichere Regionen. Demzufolge haben die überregionalen Zahlen zur Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische

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

29 Laut Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit gibt es in Sachsen (2022) 5.464 ambulant niedergelassene beziehungsweise 7.061 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, d.h. ambulant niedergelassene plus in Praxen oder MVZs angestellte Ärztinnen und Ärzte. Die Größen je ambulant niedergelassenem oder tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

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

Versorgung insbesondere für die 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

In Sachsen existieren 10 Landkreise und 3 kreisfreie Städte. Von diesen kreisfreien Städten und Landkreisen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) drei als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), ein Landkreis als verstädterter Landkreis (Kreistyp 2), sieben Landkreise als ländlicher Landkreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und zwei Kreise als sehr dünn besiedelter Landkreis (Kreistyp 4) eingeordnet.³¹ Der Erzgebirgskreis ist mit rund 332.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Sachsen. Leipzig hat als kreisfreie Stadt mit rund 597.500 Menschen die meisten Einwohnerinnen und Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Leipzig mit 1.323 Ärztinnen und Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 225 (133) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der kreisfreien Stadt Dresden (im Landkreis Mittelsachsen) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Sachsen

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Sachsen	-	4,06 Mio.	7.061	5.464	174
Landkreis Bautzen	3	298.010	476	387	160
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	244.401	505	352	207
Kreisfreie Stadt Dresden	1	556.227	1.253	977	225
Landkreis Erzgebirgskreis	3	331.917	460	336	139
Landkreis Görlitz	4	250.558	383	316	153
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	597.493	1.323	1.040	221
Landkreis Leipzig	3	258.386	407	319	158
Landkreis Meißen	3	240.371	391	311	163
Landkreis Mittelsachsen	3	301.474	402	308	133
Landkreis Nordsachsen	4	197.444	282	217	143
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	244.722	353	303	144
Landkreis Vogtlandkreis	3	223.905	304	242	136
Landkreis Zwickau	2	312.033	522	356	167

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 31.12.2020 (Statistisches Bundesamt).

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

4 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

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

2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

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

Im Freistaat Sachsen leben die meisten Privatversicherten in der Universitätsstadt Dresden. Mit einem PKV-Marktanteil von 7,4 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 5,2 % im Landkreis Görlitz. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Sachsens ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 41,6 Mio. € (Landkreis Nordsachsen) beziehungsweise von 191 € je Einwohner/-in (Landkreis Görlitz) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 191 € bis 270 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt im Freistaat Sachsen bei 226 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Sachsen	-	918,6 Mio. €	226 €
Landkreis Bautzen	3	61.177.606 €	205 €
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	53.703.021 €	220 €
Kreisfreie Stadt Dresden	1	150.034.894 €	270 €
Landkreis Erzgebirgskreis	3	68.671.318 €	207 €
Landkreis Görlitz	4	47.781.497 €	191 €
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	141.118.181 €	236 €
Landkreis Leipzig	3	67.496.958 €	261 €
Landkreis Meißen	3	56.862.697 €	237 €
Landkreis Mittelsachsen	3	60.875.409 €	202 €
Landkreis Nordsachsen	4	41.622.806 €	211 €
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3	61.781.999 €	252 €
Landkreis Vogtlandkreis	3	45.673.771 €	204 €
Landkreis Zwickau	2	61.789.650 €	198 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

Als Teilmenge sind in den Umsätzen der Privatversicherten die Mehrumsätze enthalten. Die Mehrumsätze stellen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten dar. Im Land Sachsen entsteht in allen Regionen bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 14,3 Mio. € (Landkreis Nordsachsen) beziehungsweise von 65 € je Einwohner/-in (Landkreis Görlitz) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile,

eine in Tabelle 3b nachzuvollziehende „Mehrumsatzspanne“ von 65 € bis 92 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Sachsen bei Mehrumsätzen von 78 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Sachsen	-	314,6 Mio. €	78 €
Landkreis Bautzen	3	20.950.095 €	70 €
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	18.390.445 €	75 €
Kreisfreie Stadt Dresden	1	51.379.017 €	92 €
Landkreis Erzgebirgskreis	3	23.516.295 €	71 €
Landkreis Görlitz	4	16.362.636 €	65 €
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	48.325.514 €	81 €
Landkreis Leipzig	3	23.114.139 €	89 €
Landkreis Meißen	3	19.472.467 €	81 €
Landkreis Mittelsachsen	3	20.846.608 €	69 €
Landkreis Nordsachsen	4	14.253.610 €	72 €
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3	21.157.068 €	86 €
Landkreis Vogtlandkreis	3	15.640.851 €	70 €
Landkreis Zwickau	2	21.159.687 €	68 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.2.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Von den regional verbleibenden Umsätzen (Mehrumsätzen) entfallen in Sachsen 377,2 Mio. € (201,1 Mio. €) speziell auf die Umsätze (Mehrumsätze) in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Um auch bei diesen Umsätzen und Mehrumsätzen eine Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Umsätze und Mehrumsätze der Privatpatienten mit Bezug zur Zahl der regional niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte analysiert und tabellarisch aufgearbeitet.

Von den genannten Umsätzen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Höhe von 377,2 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4a). In der Gesamtbilanz wird in Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 55.722 € (kreisfreie Stadt Leipzig) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 55.722 € und 86.890 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 69.000 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Kreis- typ ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Sachsen	-	377,2 Mio. €	53.400 €²	69.000 €²
Landkreis Bautzen	3	25.122.928 €	52.779 €	64.917 €
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	22.053.448 €	43.670 €	62.652 €
Kreisfreie Stadt Dresden	1	61.612.674 €	49.172 €	63.063 €
Landkreis Erzgebirgskreis	3	28.200.263 €	61.305 €	83.929 €
Landkreis Görlitz	4	19.621.741 €	51.232 €	62.094 €
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	57.950.976 €	43.803 €	55.722 €
Landkreis Leipzig	3	27.718.006 €	68.103 €	86.890 €
Landkreis Meißen	3	23.350.987 €	59.721 €	75.084 €
Landkreis Mittelsachsen	3	24.998.830 €	62.186 €	81.165 €
Landkreis Nordsachsen	4	17.092.640 €	60.612 €	78.768 €
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	25.371.126 €	71.873 €	83.733 €
Landkreis Vogtlandkreis	3	18.756.191 €	61.698 €	77.505 €
Landkreis Zwickau	2	25.374.268 €	48.610 €	71.276 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt sich der Mehrumsatz der Privatversicherten als Teilmenge der Umsätze dar. Die Mehrumsätze stellen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten dar. In Sachsen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 201,1 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4b). In der Gesamtbilanz wird in Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 29.699 € (kreisfreie Stadt Leipzig) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 29.699 € und 46.310 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 36.800 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Kreis- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Sachsen	-	201,1 Mio. €	28.500 €²	36.800 €²
Landkreis Bautzen	3	13.389.904 €	28.130 €	34.599 €
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	11.753.947 €	23.275 €	33.392 €
Kreisfreie Stadt Dresden	1	32.838.043 €	26.208 €	33.611 €
Landkreis Erzgebirgskreis	3	15.030.048 €	32.674 €	44.732 €

	Kreis- typ ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Görlitz	4	10.457.906 €	27.305 €	33.095 €
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	30.886.448 €	23.346 €	29.699 €
Landkreis Leipzig	3	14.773.017 €	36.297 €	46.310 €
Landkreis Meißen	3	12.445.503 €	31.830 €	40.018 €
Landkreis Mittelsachsen	3	13.323.763 €	33.144 €	43.259 €
Landkreis Nordsachsen	4	9.109.957 €	32.305 €	41.981 €
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	13.522.188 €	38.306 €	44.628 €
Landkreis Vogtlandkreis	3	9.996.590 €	32.884 €	41.308 €
Landkreis Zwickau	2	13.523.862 €	25.908 €	37.988 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.3 Raumordnungsregionen in Sachsen

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

Die Verzerrungen lassen sich gut an einem Beispiel erläutern. Die kreisfreie Stadt Leipzig grenzt an den Landkreis Leipzig. Insgesamt sind die Verwaltungseinheiten der Stadt Leipzig und des Landkreises Leipzig soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der kreisfreien Stadt Leipzig mit 221 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich über der Ärztedichte im Landkreis Leipzig liegt (158 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region in und rund um Leipzig.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Leipzig mit einem PKV-Marktanteil von 7,2 % anteilig mehr Privatversicherte leben wie in der Stadt Leipzig selbst (6,5 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der kreisfreien Stadt Leipzig (des Landkreises Leipzig) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Leipzig entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 46.310 € jährlich. In der kreisfreien Stadt Leipzig liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 29.699 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Leipzig wenig zu tun hat.

Das vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelte Konzept der Raumordnungsregionen kann hier Abhilfe schaffen. Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich häufig „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil z. B. die Einwohner/-innen eines ländlich geprägten Landkreises 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 4 Raumordnungsregionen in Sachsen. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zwei Raumordnungsregionen als städtische Regionen (Regionstyp 1)³², eine als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) und eine als sehr ländliche Region mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3) definiert. Südsachsen ist die einwohnerstärkste Raumordnungsregion. In der Raumordnungsregion Südsachsen (Regionstyp 2) – zusammengesetzt aus der kreisfreien Stadt Chemnitz und vier Landkreisen – leben 1,41 Mio. Menschen. Die ländliche Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien (Regionstyp 3) hat dagegen nur rund 549.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Region Oberlausitz-Niederschlesien fasst die Landkreise Bautzen und Görlitz zusammen.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Sachsen

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Sachsen	-	4,06 Mio.	7.061	5.464	174
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	1.041.320	1.997	1.591	192
Oberlausitz-Niederschlesien	3	548.568	859	703	157
Südsachsen	2	1.413.730	2.193	1.594	155
Westsachsen	1	1.053.323	2.012	1.576	191

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = ländliche Region mit Verstädterungsansätzen, 3 = Ländliche Region.
- 2 31.12.2020 (Statistisches Bundesamt).
- 3 Quelle: Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit – ambulant niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis, ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte plus angestelltes, ärztliches Fachpersonal und Ärztinnen und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).
- 4 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

Die Ärztedichte ist mit 192 (155) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der Raumordnungsregion Oberes Elbtal-Osterzgebirge (Südsachsen) 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 225 (kreisfreie Stadt Dresden) und 133 (Landkreis Mittelsachsen) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen, schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 155 bis 192 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen.

2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

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

³² Regionstypen sind von Kreistypen zu unterscheiden. Während das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) für die Landkreise und kreisfreien Städte vier Kreistypen definiert, wird die Siedlungsstruktur in den Raumordnungsregionen mit drei Regionstypen charakterisiert.

In Sachsen leben anteilig die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Oberes Elbtal-Osterzgebirge (Regionstyp 1). Mit einem PKV-Marktanteil von 7,1 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt. In der sehr ländlichen Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien (Regionstyp 3) leben mit 5,4 % anteilig am wenigsten Privatversicherte. Damit gibt es sowohl in dichter besiedelten als auch in ländlicheren Raumordnungsregionen einen robusten Anteil von Privatversicherten über 5 %. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Raumordnungsregionen ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen Betrag von 199 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Sachsen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 199 € bis zu 258 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [191 € bis 270 €] ist die „Umsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt im Freistaat Sachsen bei 226 € je Einwohner/-in.

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Sachsen	-	918,6 Mio. €	226 €
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	268.679.590 €	258 €
Oberlausitz-Niederschlesien	3	108.959.103 €	199 €
Südsachsen	2	290.713.168 €	206 €
Westsachsen	1	250.237.945 €	238 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Auch in den Raumordnungsregionen ergeben sich aus den Umsätzen – als Teilmenge – die Mehrumsätze der Privatversicherten. Die Mehrumsätze stellen den Beitrag zur medizinischen Versorgung in Sachsen dar, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe. In den Raumordnungsregionen Sachsens entsteht ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 68 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Sachsen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6b nachzuvollziehende „Mehrumsatzspanne“ von 68 € bis zu 88 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [65 € bis 92 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Sachsen bei 78 €.

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Sachsen	-	314,6 Mio. €	78 €
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	92.008.551 €	88 €
Oberlausitz-Niederschlesien	3	37.312.731 €	68 €
Südsachsen	2	99.553.886 €	70 €
Westsachsen	1	85.693.263 €	81 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die in den Regionen verbleibenden Umsätze speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung beziffern sich in Sachsen auf 377,2 Mio. € p.a. Ein ambulanter „Sockel-Umsatz“ von 63.648 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 63.648 € und 74.895 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 55.722 € und 86.890 €] ist die „Umsatzspanne“ je niedergelassener Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt im Freistaat Sachsen bei rund 69.000 €.

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Sachsen	-	377,2 Mio. €	53.400 €²	69.000 €²
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	110.334.787 €	55.250 €	69.349 €
Oberlausitz-Niederschlesien	3	44.744.669 €	52.089 €	63.648 €
Südsachsen	2	119.383.000 €	54.438 €	74.895 €
Westsachsen	1	102.761.621 €	51.074 €	65.204 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt sich der Mehrumsatz als Teilmenge der Umsätze dar. Die Mehrumsätze machen den Unterschied zur Vergütung der gesetzlich versicherten Patienten. In Sachsen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 201,1 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7b). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 33.923 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 33.923 € und 39.917 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 26.699 € und 46.310 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassenen Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit deutlich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Sachsen bei rund 36.800 €.

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Regionstyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Sachsen	-	201,1 Mio. €	28.500 €²	36.800 €²
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	58.805.734 €	29.447 €	36.961 €
Oberlausitz-Niederschlesien	3	23.847.811 €	27.762 €	33.923 €
Südsachsen	2	63.628.209 €	29.014 €	39.917 €
Westsachsen	1	54.769.422 €	27.221 €	34.752 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Klassifizierung nach Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), d. h. 1 = Städtische Region, 2 = Ländliche Region mit Verstärkungsansätzen, 3 = Ländliche Region.
- 2 Die Größen je ambulant niedergelassener oder ambulant tätigen Ärztin beziehungsweise je ambulant niedergelassenem Arzt oder ambulant tätigem Arzt sind auf volle Hunderter gerundet.

3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte

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

Die folgende altersadjustierte und wertbereinigte Regionalanalyse (Abschnitt 3) beschränkt sich genauso wie die sich anschließende Messung der (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten (Abschnitt 4) auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.

3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten

Die Bedeutung der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze für die medizinische Infrastruktur hängt regional nicht nur von der Zahl der Privatversicherten, sondern auch vom Alter der Privatversicherten in den Raumordnungseinheiten ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich öfter eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren und damit auch mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte. In diesem Zusammenhang ist unter anderem in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) von altersabhängigen Kopfschäden die Rede. Die Kopfschäden sind nach § 6 KVAV als die in einem Beobachtungszeitraum auf Versicherte im Durchschnitt entfallenden Versicherungsleistungen definiert. Dabei zeigt sich unter anderem, dass nach der Kopfschadenstatistik des PKV-Verbandes die durchschnittlichen Kopfschäden bei 30-jährigen Versicherten mit über 2.400 € jährlich weit unter dem durchschnittlichen Kopfschaden eines 70-jährigen Versicherten (> 6.000 €) liegen.³³

Für die regional verbleibenden Mehrumsätze sind die altersabhängigen Kopfschäden von Belang, wenn es regionale Altersunterschiede der Privatversicherten gibt. Das ist in der Regel der Fall. So liegt der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland bei 46,74³⁴; in Sachsen bei 45,74 Jahren.³⁵ Mit knapp über 48,38 Jahren sind die Privatversicherten im Landkreis Görlitz am ältesten. In der kreisfreien Stadt Leipzig dagegen leben mit durchschnittlich 42,36 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Im Trend 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 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

33 PKV-Kopfschadensstatistik.

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

35 PKV-Verbandsstatistik.

je Privatversicherten fallen an. Ein Zusammenhang, der bei der regionalen Altersadjustierung der Privatversicherten und der von ihnen ausgelösten Mehrumsätze nicht linear, sondern gemäß dem altersabhängigen Kopfschadenprofil der Privatversicherten der Ausgabenrealität entsprechend berücksichtigt wird.

Bei der Betrachtung von regionalen Mehrumsätzen legt die Berücksichtigung von regionalen Altersstrukturen der Privatversicherten offen, dass die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen in relativ ländlichen oder strukturschwachen Regionen unterschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die im Landkreis Görlitz regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 65 € je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze im Landkreis Görlitz aber bei altersadjustierten 68 € je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen im Landkreis Görlitz altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 34.606 € an. Damit liegen die altersadjustierten Mehrumsätze über den anfänglich ermittelten Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen.

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich bei großstädtisch oder von Hochschulen geprägten Regionen. Hier stellen die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil eine Überschätzung dar. So sind zum Beispiel die in der Universitätsstadt Leipzig regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil auf 81 € je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in Leipzig aber bei altersadjustierten 74 € je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Leipzig nicht 29.699 €, sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 27.176 € an.

3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern

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

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

Angelehnt an die Vorgehensweise des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung der Lebenshaltungskosten in Deutschland wird als Ausgangspunkt ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für Ärztinnen und Ärzte gebildet. Grundlage für einen derartigen „Kosten-Warenkorb“ soll das sogenannte Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise³⁶ sowie die Betriebskostenstruktur der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sein. Letztere lässt sich dem Zi-Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entnehmen. Dem Zi-Praxis-Panel zufolge umfassen die Betriebskosten der Praxen Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete und Nebenkosten der Praxisräume, Beiträge für 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.

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

Ein regionaler Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollte alle Kostenarten als Teilindex – gewichtet mit einem zu bestimmenden Anteil am „Kosten-Warenkorb“ – zusammenführen. Dabei ist als Kostenart zwischen Praxisaufwendungen zu unterscheiden, die (a) deutschlandweit einheitlich oder quasiainheitlich sind und (b) erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen. In erstere Einordnung fallen zum Beispiel Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen. Praxismieten, Aufwendungen für Personal oder Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme variieren dagegen regional deutlich. Für die wertbereinigte Auswertung der regionalen Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze gehen die skizzierten Kostenarten als Teilindex mit folgenden Gewichten in den hier zu entwickelnden regionalen Gesamtkosten-Index ein:

- › **Regional abweichende Personalkosten mit 55 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 55,0 % der Praxisaufwendungen auf Personalkosten entfallen. Aufwendungen für das Praxispersonal beinhalten die Gehälter für sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal sowie angestelltes und nicht-angestelltes Personal.³⁷
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 22 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 11,4 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen.³⁸ Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist in diesem Anteil ausdrücklich nicht der Mietwert von Praxisräumen im Eigentum der Praxisinhaber enthalten. Weil es bei den Ärztinnen und Ärzten eine erhebliche Zahl von Praxisräumen im Eigentum gibt, unterschätzt deshalb der im Zi-Panel ausgewiesene Anteil für Mieten die tatsächlichen Raumkosten. Hinzu kommt, dass auch Ärztinnen und Ärzte aus ihrem privaten Nettoeinkommen einen nicht unerheblichen Anteil für Mieten oder den Mietwert von Eigentumswohnungen verausgaben müssen. Das Wägungsschema des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Verbraucherpreise nennt hier einen Durchschnittsanteil von 21 %.³⁹ Für einen im Folgenden zu nutzenden regionalen Kosten-Index der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erscheint demzufolge summa summarum eine annähernde Verdopplung des Ausgangsgewichtes für Mieten [von 11,4 %] auf 22 % angemessen.
- › **Regional abweichende Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit 5 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 5,7 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Abschreibungen entfallen. Abschreibungen beinhalten – neben Abschreibungen auf Praxiseinrichtungen – vor allem und in besonderem Maße Abschreibungen auf den entgeltlich erworbenen immateriellen Praxiswert bei Praxisübernahme. Annäherungsweise sollen deshalb die Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme mit einem Gewicht von 5 % in den Kosten-Index der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eingehen.⁴⁰
- › **Sonstige regional abweichende Kosten mit 3 %:** In diese Kategorie fallen unter anderem Aufwendungen für die Nutzung von regionaler Infrastruktur in ambulanten OP-Zentren und Belegkrankehäusern sowie ähnliche Zahlungen im Rahmen der praxisbedingten Leistungserbringung.
- › **Praxiskosten und -aufwendungen, die deutschlandweit einheitlich oder quasiainheitlich sind, mit 15 %:** Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel Praxisaufwendungen für Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen an.

Die Teilgewichte des Gesamtindex addieren sich zum Gesamtgewicht von 1. Der Gesamtindex setzt sich aus den Teilindizes der jeweiligen Kostenarten zusammen. Für die Berechnung der jeweiligen Teilindizes wiederum liegen aus unterschiedlichen Quellen Daten zu den jeweiligen regional abweichenden Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 4,75 €/m² (Vogtlandkreis/Kreistyp 3)

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

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

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

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

und 7,80 €/m² (Stadt Dresden/Kreistyp 1) entnehmen.^{41 42} Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2021). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Sachsen zwischen 2.407 € (Erzgebirgskreis/Kreistyp 3) und 3.252 € (Stadt Dresden/Kreistyp 1).^{43 44}

Eine unmittelbare Datenbasis sowohl für den Teilindex „Regional abweichende Abschreibungskosten für Praxisübernahme“ als auch für den Teilindex „Sonstige regional abweichende Kosten“ gibt es dagegen nicht. Hilfsweise soll hier deshalb jeweils die in den Regionen unterschiedlich ausgeprägte Wirtschaftskraft – gemessen als Bruttoinlandsprodukt in den Landkreisen und kreisfreien Städten – zu Grunde gelegt werden. Diese mittelbare Vorgehensweise fußt auf der Annahme, dass sonstige regional abweichende Kosten häufig mit der Wirtschaftskraft vor Ort korrelieren beziehungsweise sich Ärztinnen und Ärzte bei einer Praxisübernahme häufig auf das jeweilige wirtschaftliche Umfeld der Praxis beziehen. Der Praxiswert wird demnach umso höher veranschlagt, je höher die regionale Wirtschaftskraft liegt. Die entsprechenden Daten lassen sich der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Bundesländer (VGRdL) entnehmen.⁴⁵

Zur Berechnung der Teilindizes aller Kostenarten bedarf es nicht nur einer geeigneten Datenbasis, sondern jeweils auch einer normierten Vergleichsgröße. Im PKV-Regionalatlas Sachsen entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt von Sachsen. Diese Orientierung der normierten Vergleichsgröße am Landesdurchschnitt ist schon deshalb angezeigt, weil ärztliche Standortentscheidungen in der Regel nicht bundesweit, sondern innerhalb eines Bundeslandes unter Einbezug angrenzender Stadtstaaten regional vollzogen werden. Der regionale Gesamtindex und die jeweiligen Teilindizes im Einzelnen:

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

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

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

44 Der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt ist sachlich angezeigt, weil bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht nur medizinische Fachangestellte, sondern im erheblichen Umfang auch (angestellte) Ärztinnen und Ärzte, Verwaltungskräfte und Reinigungskräfte angestellt sind. Der Einwand, dass sich die Entgelte medizinischer Fachangestellte nach einem einheitlichen Tarifvertrag richten, ist dabei nicht zielführend: ZI-Befragungen zur Tarifstruktur und Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen zeigen, dass in Deutschland 19 % der Arbeitsverträge von medizinischen Fachangestellten außertariflich oder als Mini-Job vereinbart sind. Weitere 47 % der Arbeitsverträge der medizinischen Fachangestellten lehnen sich lediglich an einen Tarifvertrag an, nur um explizit eine höhere oder eine niedrigere Vergütung oberhalb/unterhalb des Tarifvertrags zu vereinbaren. Nur 34 % werden nach einem einheitlichen Tarifvertrag vergütet. Regional zeigen sich dabei erhebliche Unterschiede. Außertarifliche Vereinbarungen sind eher im Versorgungsraum Ost verbreitet. Eine Bezahlung oberhalb des Tarifvertrags für medizinische Angestellte kommt häufig (selten) im Versorgungsraum Süd (Ost) vor. Im Versorgungsraum West und Nord finden sich wiederum überproportional viele Arbeitsverträge, die nach einheitlichem Tarif vergütet werden; vgl. dazu ZI-Institut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Befragung zur Personalentwicklung in Vertragsarztpraxen, S. 1 und Abbildung 1. Die (regionalen) Ergebnisse der ZI-Befragung lassen sich mit einem Blick in einen großen, regional differenzierenden Online-Gehaltsvergleichsrechner für medizinische Fachangestellte nach Bundesländern bestätigen [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte, Stand 14.8.2023]. Ein derartiger Online-Gehaltsvergleich zeigt darüber hinaus, dass die regionalen Unterschiede noch weit über die regionalen Versorgungsräume Ost, West, Süd und Nord hinausgehen. So liegen zwischen den Regionen Leipzig, Dresden und Chemnitz die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) um 11 % auseinander. Sehr ländliche Regionen sind in diesem Vergleich noch nicht berücksichtigt. [vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Sachsen, Stand 14.7.2024].

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

Tabelle 8: Gesamtkosten-Index

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

	Regions- und Kreistyp ¹	Index Lohn & Gehalt	Index Miete/Mietwerte	Index Abschreibungen & Sonstiges	Index Residualgröße	Gesamtindex
Gewichtung	-	55%	22%	8%	15%	100%
Sachsen	-	100	100	100	100	100
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	107,4	115,2	109,8	100	108,2
Kreisfreie Stadt Dresden	1	116,0	126,4	127,5	100	116,8
Landkreis Meißen	3	95,0	94,5	86,0	100	94,9
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	90,5	98,5	73,3	100	92,3
Oberlausitz-Niederschlesien	3	88,5	87,2	84,1	100	89,6
Landkreis Bautzen	3	90,2	92,2	83,1	100	91,5
Landkreis Görlitz	4	86,4	81,0	85,4	100	87,2
Südsachsen	2	94,0	84,2	91,5	100	92,5
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	104,6	86,9	114,5	100	100,8
Landkreis Erzgebirgskreis	3	85,8	82,5	74,0	100	86,3
Landkreis Mittelsachsen	3	89,0	86,2	84,7	100	89,7
Landkreis Vogtlandkreis	3	88,9	77,0	80,1	100	87,2
Landkreis Zwickau	2	97,8	85,9	96,6	100	95,4
Westsachsen	1	104,2	107,6	106,3	100	104,5
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	110,2	116,2	117,8	100	110,6
Landkreis Leipzig	3	90,7	90,7	81,8	100	91,4
Landkreis Nordsachsen	4	95,2	91,4	87,5	100	94,5

Quelle: Empirica (2021); Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (2021); Bundesagentur für Arbeit (2021); PKV-Verband (2021)

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

3.3 Realwert der altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Abschnitt 3.3 führt die Überlegungen zu den regionalen Alters- und Realwertunterschieden zusammen. Der regionale Gesamtkosten-Index als gewichteter „Kosten-Warenkorb“ der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus Abschnitt 3.2 stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen, bei den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze der Privatpatienten aus Abschnitt 3.1 annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Raumordnungsregionen darzustellen. Prinzipiell wäre eine derartige Realwert-Analyse nicht nur für die bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten von Privatpatienten ausgelösten Mehrumsätze, sondern auch für die regional verbleibenden Mehrumsätze aller Leistungsanbieter denkbar. Allerdings müsste der „Kosten-Warenkorb“ insofern modifiziert werden, dass als Leistungserbringer nicht nur die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die regional angesiedelten Krankenhäuser, Zahnärzte, Apotheken, Heilpraktiker und Physiotherapeuten berücksichtigt werden. Das stößt auf Schwierigkeiten. Die Kostenstrukturen dieser Leistungserbringer sind als sehr heterogen zu betrachten. So liegt zum Beispiel der Kostenanteil für „Personal“ an den Gesamtaufwendungen in den Krankenhäusern bei 61,3 %, in den Zahnarztpraxen bei rund 40 % und bei den Heilmittelerbringern bei rund 14 %.⁴⁶ Gleichzeitig entfallen auf die Leistungserbringer sehr unterschiedliche Mehrumsatzanteile von 1 % bis zu 48,8 %.⁴⁷

Angesichts der Ausgangsbedingung, dass sich ein „Kosten-Warenkorb“ annäherungsweise lediglich für die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, nicht aber für alle regional tätigen Leistungserbringer inklusive Apotheken, Heilpraktikerinnen, Heilpraktiker etc. bilden lässt, soll im Folgenden nur der Realwert der regional verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung dargestellt werden. Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse im Detail. Im Einzelnen:

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
Regions- und Kreistyp ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulanten tätigem Arzt	Realwert* je ambulanten niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert	
Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	53.448.544 €	26.764 €	33.594 €	36.961 €
Kreisfreie Stadt Dresden	1	26.026.250 €	20.771 €	26.639 €	33.611 €
Landkreis Meißen	3	12.887.251 €	32.960 €	41.438 €	40.018 €
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgeb.	3	14.535.042 €	41.176 €	47.970 €	44.628 €
Oberlausitz-Niederschlesien	3	27.257.434 €	31.732 €	38.773 €	33.923 €
Landkreis Bautzen	3	14.709.606 €	30.903 €	38.009 €	34.599 €
Landkreis Görlitz	4	12.547.828 €	32.762 €	39.708 €	33.095 €
Südsachsen	2	70.604.222 €	32.195 €	44.294 €	39.917 €
Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	11.432.118 €	22.638 €	32.478 €	33.392 €
Landkreis Erzgebirgskreis	3	17.487.521 €	38.016 €	52.046 €	44.732 €

⁴⁶ Der Kostenanteil „Personal“ beträgt in ambulanten Arztpraxen 55,0 %, in Krankenhäusern 61,3 %, im ambulanten Zahnarztpraxen 39,9 %, bei Heilmittelerbringern 13,9 % und bei Apotheken 10,8 %. Der Kostenanteil „Miete“ beträgt – soweit es Angaben gibt – in ambulanten Arztpraxen 11,4 %, in Zahnarztpraxen 6,7 % und bei Heilmittelerbringern 19,9 %. Quellen: ZI-Praxispanel (2020); Statistisches Bundesamt (2016/2017/2018); Deutscher Apotheker Verband (2017).

⁴⁷ Bedeutung des Mehrumsatzes als Anteil am Mehrumsatz insgesamt: ambulante ärztliche Versorgung 48,8 %, Zahnarztpraxen 24,8 %, Krankenhäuser 5,8 %, Heilmittelerbringer 7,9 %, Apotheken 1,0 %. Quelle: WIP (2017/2018).

Regional verbleibender Realwert der Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung					
	Regions- und Kreistyp ¹	Realwert insgesamt	Realwert je ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Landkreis Mittelsachsen	3	15.239.940 €	37.910 €	49.480 €	43.259 €
Landkreis Vogtlandkreis	3	11.970.395 €	39.376 €	49.464 €	41.308 €
Landkreis Zwickau	2	14.474.248 €	27.728 €	40.658 €	37.988 €
Westsachsen	1	50.693.590 €	25.196 €	32.166 €	34.752 €
Kreisfreie Stadt Leipzig	1	25.557.190 €	19.318 €	24.574 €	29.699 €
Landkreis Leipzig	3	15.524.772 €	38.144 €	48.667 €	46.310 €
Landkreis Nordsachsen	4	9.611.629 €	34.084 €	44.293 €	41.981 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen und ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind die im Landkreis Görlitz (Landkreis Mittelsachsen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 33.095 € (43.259 €) altersadjustiert real 39.708 € (49.480 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als ländliche Region – wenn die Altersstrukturen der Privatversicherten und der ärztliche „Kosten-Warenkorb“ der Mehrumsätze mit in die Betrachtungen einbezogen werden – im altersbereinigten Realwert-Vergleich sehr gut da.

In den kreisfreien Städten zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Lagen in Dresden (Leipzig) in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze bei 33.611 € (29.699 €) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und preisbereinigten Realwerte der Mehrumsätze eine deutlich „abgesenkte“ Größenordnung von 26.639 € (24.574 €) je ambulant niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt an. Damit fällt die kreisfreie Stadt Dresden (Leipzig) hinter viele ländliche oder sehr ländliche Landkreise zurück.

In der Gesamtbetrachtung verbleibt in den Kreisen, Städten und Raumordnungsregionen immer ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“, der in dem Landkreis Nordsachsen einen jährlichen Realwert von 9,6 Mio. € bzw. in der Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien einen Realwert von 27,3 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 24.574 € (Stadt Leipzig) beziehungsweise 32.166 € (Raumordnungsregion Westsachsen) zur Verfügung. Im zusammenfassenden Ergebnis verschiebt sich durch die Realwert-Analyse die nominale Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze in Sachsen erheblich.

4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten

Im politischen Diskurs ist häufig zu hören, dass Privatversicherte ungleich zwischen Stadt und Land verteilt seien und dementsprechend die medizinische Infrastruktur ungleich von den Mehrumsätzen der Privatpatienten profitiere. Detaillierte Messungen und Zahlen, die zeigen, ob es tatsächlich relevante Ungleichgewichte gibt und, wenn ja, wie stark diese Ungleichverteilung ist, existieren nicht. Bisher konnten lediglich Durchschnittswerte und Spannweiten erste Hinweise dazu liefern.

Durchschnittswerte und Spannweiten sind statistisch gegenüber wenigen Ausreißern und Extremwerten empfindlich. Der Regionalatlas Sachsen gibt auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 2,2 Prozentpunkten an. Die kreisfreie Stadt Leipzig steht mit einem PKV-Marktanteil von 7,4 % einem PKV-Marktanteil von rund 5,2 % im ländlichen Görlitz gegenüber. Dies kann die Ungleichheit der Verteilung der Privatversicherten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung verzerren, zumal größere Ballungsräume i.d.R. auch als medizinische „Mitversorger“ für das Umland dienen.

Ein Verteilungsmaß, das weniger anfällig gegenüber Ausreißern ist und damit ein differenzierteres Bild erlaubt, ist die Standardabweichung. Die Standardabweichung misst, wie stark die Streuung der Werte um den Mittelwert ist. Sie gibt an, wie weit die einzelnen Werte im Durchschnitt vom Mittelwert entfernt sind. Extremwerte und Ausreißer haben bei der Standardabweichung zwar einen gewissen, aber nicht überdimensionierten Einfluss auf das Verteilungsmaß. Eine relativ niedrige Standardabweichung sagt aus, dass die Daten nahe beieinander beziehungsweise nahe am Mittelwert liegen und damit nicht so stark streuen. Eine relativ hohe Standardabweichung dagegen deutet darauf hin, dass die Daten weit auseinanderliegen. Im konkreten Fall der Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Infrastruktur bedeutet eine hohe Standardabweichung, dass die Anteile der Privatversicherten an der Bevölkerung regional stärker variieren, während eine niedrige Standardabweichung eine regional relativ niedrige Ungleichverteilung anzeigt.

4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse

Tabelle 10 fasst die Messungen zur (Un-)gleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten, Privatversicherten und Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen zu Nominalwerten zusammen. Dabei zeigt sich unter anderem, dass sich die Verteilung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten – wie prinzipiell bekannt – streut. Die Variationsweite als Differenz zwischen der größten und der niedrigsten Ärztedichte in den Regionen beträgt 92, die Standardabweichung 32, d. h.: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten in Sachsen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 32 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 165 ab.⁴⁸

Ähnliche Streuungen lassen sich beim PKV-Marktanteil beobachten. In den Landkreisen und kreisfreien Städten weicht der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung im Durchschnitt um 0,7 Prozentpunkte vom Mittelwert ab.⁴⁹ Die Mehrumsätze sind zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten je nach Bezugsgröße entsprechend verteilt. Bei den regional verbleibenden Mehrumsätzen je Einwohner/-in beträgt die Variationsweite als Differenz zwischen dem größten und dem niedrigsten Wert 27 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 9 € vom Mittelwert 76 € ab.⁵⁰ Eine vergleichbar höhere (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen

48 Die durchschnittliche Abweichung von 32 vom Mittelwert 165 entspricht rund 19 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 0,7 %-Punkten vom Mittelwert 6,1 % entspricht rund 12 %.

50 Die durchschnittliche Abweichung von 9 € vom Mittelwert 76 € entspricht rund 12 %.

je ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 5.425 € weichen diese im Durchschnitt um rund 5.425 € vom Mittelwert in Höhe von 38.817 € ab.⁵¹

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

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

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil

Sachsen	Ø [Mittelwert]	V=V _{max} -V _{min} [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	165	92	32
PKV-Marktanteil	6,1 %	2,2 %-Punkte	0,7 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	76 €	27 €	9 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	38.817 €	16.611 €	5.425 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	174	37	21
PKV-Marktanteil	6,2 %	1,6 %-Punkte	0,8 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einw.	77 €	20 €	10 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	36.388 €	5.994 €	2.679 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streut die Ärztedichte weniger als zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Unter anderem ist die Aussage, die Ärztinnen und Ärzte seien zwischen den Regionen ungleich verteilt zu relativieren. Die Variationsweite zwischen den Raumordnungsregionen beträgt 37, die entsprechende Standardabweichung 21, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 21 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 174 ab.⁵² Das ist weniger als bei Festhalten an den starren Stadt- und Kreisgrenzen. Und auch die Verteilung der Mehrumsätze stellt sich gleichmäßiger dar. Bei den ambulanten Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt weichen die Beträge im Durchschnitt lediglich um 2.679 € vom Mittelwert 36.388 € ab.⁵³ Insgesamt stellt sich das – im Vergleich zur Beobachtung zwischen den starren Stadt- und Kreisgrenzen – als eine gleichmäßige(re) Verteilung dar.

51 Die durchschnittliche Abweichung von 5.425 € vom Mittelwert 38.817 € entspricht rund 14 %.

52 Die durchschnittliche Abweichung von 21 vom Mittelwert 174 entspricht rund 12 %.

53 Die durchschnittliche Abweichung von 2.679 € vom Mittelwert 36.388 € entspricht rund 7 %.

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

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

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen

Altersadjustierte Realwert-Analyse

Sachsen	Ø [Mittelwert]	$V = V_{\max} - V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	41.187 €	27.472 €	8.865 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	37.207 €	12.128 €	5.512 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Auch in der Realwertanalyse zeigt sich, dass die an starren Kreis- und Stadtgrenzen festhaltende Analyse nach Landkreisen und kreisfreien Städten die Ungleichheiten überzeichnet. Im flexibleren Konzept der Raumordnungsregionen weist der relevante Beobachtungsparameter auf eine niedrigere Streuung hin. Die Aussage, die regional bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten verbleibenden Realwerte der Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt sei zwischen den Regionen ungleich verteilt, ist zu relativieren. Auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) beträgt die Variationsweite 27.472 € (12.128 €), die entsprechende Standardabweichung 8.865 € (5.512 €), das heißt: In den Städten und Landkreisen (Raumordnungsregionen) weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 8.865 € (5.512 €) vom Mittelwert 41.187 € (37.207 €) ab.⁵⁴ Bei den Raumordnungsregionen stellt sich, im Vergleich zur Analyse nach Kreis- und Stadtgrenzen, als eine relativ gleichmäßige Verteilung dar.

⁵⁴ Auf der Ebene der Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) entspricht die durchschnittliche Abweichung von 8.865 € (5.512 €) vom Mittelwert 41.187 € (37.207 €) rund 22 % (15 %).

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

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

Der Anteil der Privatversicherten in Sachsen ist relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt überschaubare Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei 6,2 % beziehungsweise 5,5 %. In kreisfreien Großstädten (Kreistyp 1), verstärkten Kreisen (Kreistyp 2) und wirtschaftsstarken, städtischen Regionen (Regionstyp 1) leben mit 6,2 % (Kreistyp 1 & 2) und 6,8 % (Regionstyp 1) nur unwesentlich mehr Privatversicherte. Für die medizinische Versorgung auf dem Land sind allerdings nicht die Marktanteile der Privatversicherten in den Regionen von Relevanz, sondern unter anderem die Mehrumsätze, die Privatversicherte je ambulant niedergelassenem Arzt in den Landkreisen und kreisfreien Städten auslösen. Dabei lässt sich für Sachsen folgendes Ergebnis feststellen: Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Städten des Kreistyps 1. Lediglich verstärkte Landkreise (Kreistyp 2) weisen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt leicht höhere Mehrumsätze auf als sehr dünnbesiedelte ländliche Regionen (Kreistyp 4). Auf der Ebene der Raumordnungsregionen erzielen Raumordnungsregionen mit Verstärkungstendenzen mit 39.917 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt die höchsten Mehrumsätze. In ländliche Raumordnungsregionen fallen jedoch im Vergleich zu städtischen Regionen (35.857 €) mit 33.923 € unerheblich weniger Mehrumsätze an. Als Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass ländliche und sehr ländliche Regionen (Kreistyp 3 & 4/Regionstyp 3) sehr wohl und zum Teil auch überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.

Das häufig aus den Medien gelernte Bild von Ärztinnen und Ärzten in dichter besiedelten Städten als Profiteure der Privatversicherten wird noch deutlicher als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Privatversicherte hinterlassen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt gerade außerhalb städtischer Lebensumfelder in ländlichen Regionen hohe und sehr hohe Mehrumsätze. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt mit 42.001 € deutlich höhere Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1 (27.897 €). Ein Befund, der sich auch beim Übergang von Kreistypen auf Raumordnungsregionstypen zeigt. Die Versorgungsstrukturen der ländlicheren Raumordnungsregionen (Regionstyp 2 & 3) profitieren von Privatversicherten im Durchschnitt stets mehr als städtische Regionen (Regionstyp 1).

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

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Sachsen	Landkreise & kreisfreie Städte				Raumordnungsregionen		
	Kreisfreie Großstädte (Kreistyp 1)	Städtische Kreise (Kreistyp 2)	Ländliche Kreise (verdichtet) (Kreistyp 3)	Ländliche Kreise (dünn besiedelt) (Kreistyp 4)	Städtische Regionen (Regionstyp 1)	Regionen mit Verstärkung (Regionstyp 2)	Ländliche Regionen (Regionstyp 3)
Mittelwerte							
PKV-Marktanteil	6,6 %	5,6 %	6,2 %	5,5 %	6,8 %	5,6 %	5,4 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambul. ärztlichen Versorgung je ambulant niedergel. Arzt	32.234 €	41.360 €	41.687 €	37.538 €	35.857 €	39.917 €	33.923 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambul. ärztlichen Versorgung je ambulant niedergel. Arzt	27.897 €	46.352 €	45.839 €	42.001 €	32.880 €	44.294 €	38.773 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse im PKV-Regionalatlas Sachsen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Die Rankings beschränken sich dabei auf die Größe der Mehrumsätze (Realwert). Denn nur die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren für die ambulant niedergelassene Ärztin oder den ambulant niedergelassenen Arzt den Unterschied zu den Einnahmen aus der Behandlung der gesetzlich Versicherten. Nur die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag der Privatversicherten zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten in den jeweiligen Regionen nicht gäbe.

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

5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Tabelle 13 zeigt – nach Landkreisen und kreisfreien Städten absteigend sortiert – die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert). Dabei lässt sich feststellen, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt in Landkreisen immer oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien

Städten liegen. Die Universitätsstädte Leipzig, Dresden und Chemnitz sind alle am Schluss des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Nordsachsen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 44.293 € anfallen (Rang 6 von 13), sind es in den Arztpraxen der Universitätsstadt Dresden (Rang 12 von 13) „nur“ 26.639 € Euro jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte für das direkte und ländliche Umland zurückzuführen ist.

Abseits der kreisfreien Städte zeigt das Ranking ein relativ heterogenes Bild. Verstädterte Landkreise (Kreistyp 2) und ländliche beziehungsweise sehr dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den ländlichen Landkreisen Erzgebirgskreis, Vogtlandkreis und Mittelsachsen (Kreistyp 3). Aufgrund einer robusten Zahl von Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 49.464 € und 52.046 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie Stadt Leipzig (Kreistyp 1). Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (221 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen).

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Landkreis/kreisfreie Stadt	Kreistyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Landkreis Erzgebirgskreis	3	52.046 €	139
2	Landkreis Mittelsachsen	3	49.480 €	133
3	Landkreis Vogtlandkreis	3	49.464 €	136
4	Landkreis Leipzig	3	48.671 €	158
5	Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	3	47.970 €	144
6	Landkreis Nordsachsen	4	44.293 €	143
7	Landkreis Meißen	3	41.438 €	163
8	Landkreis Zwickau	2	40.658 €	167
9	Landkreis Görlitz	4	39.708 €	153
10	Landkreis Bautzen	3	38.009 €	160
11	Kreisfreie Stadt Chemnitz	1	32.478 €	207
12	Kreisfreie Stadt Dresden	1	26.639 €	225
13	Kreisfreie Stadt Leipzig	1	24.574 €	221

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen

Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich sogenannte „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden, die deshalb entstehen, weil die Einwohnerinnen und Einwohner eines Landkreises systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärztinnen und Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich, dass die Realwerte der Mehrumsätze in den ländlicheren Raumordnungsregionen über den Mehrumsätzen der dichter besiedelten Regionen liegen. Rechnerisch entstehen zum Beispiel in der eher dichter besiedelten Raumordnungsregion Westsachsen je

niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 32.166 €. Hier treffen die Privatversicherten auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (191 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ hohem ärztlichen Kostenniveau.

Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen

Realwert von Mehrumsätzen der Privatversicherten je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Raumordnungsregion	Regionstyp ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
1	Südsachsen	2	44.294 €	155
2	Oberlausitz-Niederschlesien	3	38.773 €	157
3	Oberes Elbtal-Osterzgebirge	1	33.594 €	192
4	Westsachsen	1	32.166 €	191

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

5.3 Ranking nach Ankerregionen

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

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

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

- › Bildung mehrerer Ankerregionen mit jeweils einem identischen Anker, wenn kreisfreie Großstädte von mehreren Landkreisen umgeben sind, gleichzeitig aber das Zusammenfassen aller umgebenden Landkreise mit der Großstadt zu einer nicht zielführenden „Weiträumigkeit“ führt.

Nach den genannten Strukturmerkmalen lassen sich in Sachsen insgesamt 8 Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 2 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Das Tableau der Ankerregionen zeigt, dass die Ankerregionen rund um die Großstädte Leipzig und Dresden ausnahmslos in der unteren Hälfte des Tableaus platziert sind. Ländliche Ankerregionen wie Vogtland oder Görlitz sowie Ankerregionen rund um die strukturschwächere Stadt Chemnitz sind der oberen Hälfte des Tableaus zugeordnet.

Angeführt wird das Ranking von der ländlichen Ankerregion Vogtland und den strukturschwächeren Ankerregionen rund um Chemnitz. Zu den Schlusslichtern gehören die Ankerregionen rund um die Großstädte Leipzig und Dresden. So entfallen zum Beispiel in der ländlichen Ankerregion Vogtland (Kreistyp 3, Rang 1 von 13) auf jede ambulant niedergelassene Ärztin oder jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 49.464 € (Realwert). In der Ankerregion Leipzig I (kreisfreie Stadt Leipzig + Landkreis Leipzig, Kreistyp 1 + 3, Rang 10 von 13) sind es „nur“ 29.273 € jährlich. Das ist unter anderem so, weil dort die Privatversicherten in diesen Ankerregionen auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen

Realwert von Mehrumsätzen der Privatversicherten je ambulant niedergelassenem Arzt

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en)¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte²
1	Vogtland	Landkreis Vogtlandkreis	3	49.464 €	136
2	Chemnitz III	Stadt Chemnitz + Erzgebirgskreis	1 + 3	41.191 €	167
3	Chemnitz I	Stadt Chemnitz + Kreis Mittelsachsen	1 + 3	39.750 €	166
4	Görlitz	Landkreis Görlitz	4	39.708 €	153
5	Chemnitz I-III	Stadt Chemnitz mit Landkreisen Zwickau, Mittelsachsen und Erzgebirge	1-3	38.961 €	169
6	Chemnitz II	Stadt Chemnitz + Landkreis Zwickau	1 + 2	36.434 €	185
7	Dresden III	Stadt Dresden + Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	1 + 3	30.557 €	201
8	Dresden I-III	Stadt Dresden mit Landkreisen Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Meißen und Bautzen	1 + 3	29.630 €	203
9	Dresden I	Stadt Dresden + Landkreis Meißen	1 + 3	29.529 €	206
10	Leipzig I	Stadt Leipzig + Landkreis Leipzig	1 + 3	29.273 €	202
11	Dresden II	Stadt Dresden + Landkreis Bautzen	1 + 3	29.074 €	202
12	Leipzig I-II	Stadt Leipzig + Landkreis Leipzig + Landkreis Nordsachsen	1 + 3	28.411 €	202
13	Leipzig II	Stadt Leipzig + Landkreis Nordsachsen	1 + 4	27.302 €	202

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner.

6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit

Die gesundheitliche Versorgung in Sachsen wird sowohl von den Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch von der Privaten Krankenversicherung (PKV) getragen. Dabei leisten Privatversicherte für das medizinische Versorgungssystem in Sachsen einen erheblichen, überproportionalen Finanzierungsbeitrag. Zur Quantifizierung des Finanzierungsbeitrags der Privatversicherten zum Gesundheitssystem können die Umsätze sowie die sogenannten „Mehrumsätze“ der Privatversicherten herangezogen werden. Beim Umsatz handelt es sich um die Leistungsausgaben von Privatversicherten beziehungsweise um die Einnahmen, die bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf Privatversicherte entfallen. Eine Teilmenge davon stellen die sogenannten Mehrumsätze dar. Diese Mehrumsätze entstehen nur deshalb, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Mit Hilfe dieser jährlich von Privatpatienten durch höhere, nicht budgetierte Vergütung ausgelösten Mehrumsätze können Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker und Krankenhäuser in medizinisches Personal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und eine moderne Praxis-, Personal- und Krankenhausinfrastruktur investieren. Davon profitieren sowohl die gesetzlich als auch privat versicherten Patientinnen und Patienten.

In der gesundheitsökonomischen Fachliteratur ist die Bedeutung der Umsätze und Mehrumsätze der Privatversicherten für die medizinische Versorgung überwiegend anerkannt. In einer Studie mit interdisziplinären Fallbeispielen stellen Rebmann et al. (2023) zusammenfassend fest, dass die von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt, innovative, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu finanzieren.⁵⁵ Auch Wasem (2018) geht davon aus, dass die Praxen „ohne Zweifel ... die Mehrumsätze in ihre betriebswirtschaftlichen Kalkulationen“ miteinbeziehen.⁵⁶ 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.⁵⁷

Große Teile der von Privatpatienten ausgelösten Umsätze und Mehrumsätze – vor allem die aus den Bereichen ambulante ärztliche Behandlung, Krankenhaus, Apotheke, Heilmittelerbringung, Hebammenleistungen und Heilpraktiker – lassen sich regional gut verorten. Auf Basis der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit, von Vorarbeiten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) und Zahlen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) legt der Regionalatlas Sachsen detaillierte Analysen zur regionalen Bedeutung der Privatversicherten und deren Umsätzen und Mehrumsätzen vor. Dabei wird – mit Blick auf die regionalen Altersunterschiede der Privatversicherten („Privatversicherte in den Städten sind im Durchschnitt jünger“) und mit Blick auf das regional unterschiedliche Preis- und Kostenniveau („Einnahmen in der Stadt sind i.d.R. real weniger wert“) – sowohl eine altersadjustierte als auch eine wertbereinigte Auswertung der Bedeutung der Privatversicherten für die Gesundheitsversorgung vorgenommen. So werden Verzerrungen durch regionale Alters- und ärztliche Kostenunterschiede systematisch vermieden. Die Ergebnisse im Einzelnen:

Sachsen

- › In Sachsen sind 6,2 % der Bevölkerung privatversichert. Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern in Sachsen – unter anderem den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten – Leistungsausgaben beziehungsweise Umsätze in Höhe von insgesamt 919 Mio. € jährlich.

⁵⁵ Vgl. Brohammer, N.; Leonhard, E.; Kern-Schnur, A.; Rebmann, B. (2023), Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur: Der Beitrag der Privaten Krankenversicherung, Köln, 2023.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ Vgl. Wille, E.; Ulrich, V. et al. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? S. 7 f.

- › Im Durchschnitt erzielen in Sachsen Arztpraxen und andere ambulant-ärztliche Versorgungszentren 12,5 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Sachsen nur 6,2 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Aus den Umsatzzahlen lassen sich vom Versicherungsstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge ableiten. Der Kosten-Deckungsbeitrag eines privat (gesetzlich) Versicherten – definiert als Euro-Beitrag, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung zur Verfügung steht – liegt im Durchschnitt bei 1.492 € (668 €) jährlich. Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen um den Faktor 2,23 höheren Durchschnittsbeitrag zur Deckung der Kosten einer Arztpraxis als ein GKV-Versicherter.
- › Eine Teilgröße der Umsätze stellen die Mehrumsätze der Privatversicherten dar. Von den Mehrumsätzen, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, verbleiben – bei Bezug auf den PKV-Marktanteil – in Sachsen p.a. 314,6 Mio. €. Je Einwohner/-in entspricht das 78 €.
- › Von den in Sachsen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 314,6 Mio. € entfallen 201,1 Mio.€ auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassene Ärztin oder je niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 36.800 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Sachsen

- › In Sachsen gibt es sowohl städtisch als auch ländlich geprägte Regionen. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen Schritt zur regionalen Differenzierung dar. Von den 13 Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) drei als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), ein Landkreis als verstädterter Landkreis (Kreistyp 2), sieben Landkreise als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und zwei Kreise als sehr dünn besiedelter Landkreis (Kreistyp 4) eingeordnet.
- › Die Privatversicherten in Sachsen sind relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei 6,2 % beziehungsweise 5,5 %. In kreisfreien Städten (Kreistyp 1), verstädterten Kreisen (Kreistyp 2) und wirtschaftsstarken, städtischen Regionen (Regionstyp 1) leben mit 6,2 % (Kreistyp 1 & 2) und 6,8 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 41,6 Mio. € (Landkreis Nordsachsen) beziehungsweise von 191 € je Einwohner/-in (Landkreis Görlitz) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Sachsen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 191 € bis 270 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt bei 226 € je Einwohner/-in. Alle weiteren regionalen Umsätze der Privatversicherten finden sich in Tabelle 3a.
- › Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, stellen eine Teilmenge der Umsätze dar. Selbst in den strukturell schwächeren Kreisen und kreisfreien Städten gibt es einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Mehrumsatz“, der einen jährlichen Betrag von 14,3 Mio. € (Landkreis Nordsachsen) beziehungsweise von 65 € je Einwohner/-in (Landkreis Görlitz) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Sachsen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 65 € bis 92 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Sachsen bei Mehrumsätzen von 78 € je Einwohner/-in. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und Städten finden sich in Tabelle 3b.
- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Von diesen Mehrumsätzen profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen. Zum Beispiel liegen im sehr ländlichen Landkreis Nordsachsen (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei „guten“ 41.981 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassener Ärztin

und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 29.699 € (kreisfreie Stadt Leipzig) nicht unterschritten. Damit ergibt sich in Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 29.699 € und 46.310 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 36.800 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4b.

Raumordnungsregionen in Sachsen

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

Beispiel: Kreisfreie Stadt Leipzig & Landkreis Leipzig

Der Landkreis Leipzig grenzt an die kreisfreie Stadt Leipzig. Insgesamt sind die Verwaltungseinheiten der Stadt Leipzig und des Landkreises Leipzig soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Großstadt Leipzig mit 221 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Leipzig liegt (158 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen), keine Aussagekraft über die tatsächliche medizinische Versorgungssituation in der Region.

Analoges gilt für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Leipzig mit einem PKV-Marktanteil von 7,2 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der Stadt Leipzig selbst (6,5 %), verzerrt doppelt. Zum einen weil der Eindruck entstehen könnte, dass Privatversicherte eher in Landkreisen und damit in ländlicheren Regionen leben. Zum anderen, weil – bei Bezug auf die Stadt- und Kreisgrenzen – im Fall der kreisfreien Stadt Leipzig (des Landkreises Leipzig) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Leipzig entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 46.310 € jährlich. In der kreisfreien Stadt Leipzig liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 26.699 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Leipzig wenig zu tun hat.

- › Im vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelten Konzept der Raumordnungsregionen werden dagegen „Stadt-Umland-Verzerrungen“ weitestgehend vermieden. Damit ermöglichen die Raumordnungsregionen einen realistischeren Blick auf die Frage, welchen Beitrag die Privatversicherten zur medizinischen Infrastruktur in den Regionen hinterlassen.
- › Um Raumordnungsregionen zu bilden, unterscheidet das BBSR in Sachsen zwischen städtischen (Regionstyp 1), ländlich-verstädterten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen mit dünner Besiedlung (Regionstyps 3). Jede Raumordnungsregion fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Sachsen leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Oberes Elbtal-Osterzgebirge (7,1 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 5,4 % in der Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien (Regionstyp 3). Damit gibt es sowohl in dichter besiedelten als auch in ländlicheren Raumordnungsregionen einen robusten Anteil von Privatversicherten deutlich über 5 %.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Raumordnungsregionen einen „Mindest-Umsatz“, der einen Betrag von 199 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Sachsen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 199 € bis zu 258 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Sachsen bei 226 € je Einwohner/-in. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6a.
- › Mehrumsätze, die bei den Leistungserbringern nur entstehen, weil Patienten nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, stellen eine Teilmenge der Umsätze dar. Selbst in den strukturell

schwächeren Raumordnungsregionen gibt es einen in den Regionen verbleibenden „Mindest-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 68 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Sachsen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 68 € bis zu 88 €. Der Durchschnitt liegt bei 78 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 6b.

- › Ein Großteil der Mehrumsätze entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. In der ambulanten ärztlichen Versorgung existiert auch in ländlichen Raumordnungsregionen ein verbleibender „Mindest-Mehrumsatz“, der – bei rechnerischem Bezug auf den PKV-Marktanteil – einen jährlichen Betrag von 33.923 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) nicht unterschreitet. Damit ergibt sich für Sachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 33.923 € und 39.917 €. Der Durchschnitt liegt in Sachsen bei rund 36.800 €. Ausführliche Angaben zu allen Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 7b.

Altersadjustierte Mehrumsätze

- › In welchem Ausmaß dank privatversicherten Patienten Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, hängt – erstens – von der Zahl der Privatversicherten (PKV-Marktanteil) und – zweitens – vom Alter der Privatversicherten in den Regionen ab. Dabei gilt grundsätzlich, dass relativ alte Privatversicherte durchschnittlich mehr Versicherungsleistungen auslösen als relativ junge Versicherte.
- › Der Altersdurchschnitt der Privatversicherten in Deutschland (Sachsen) liegt bei 46,74 (45,74) Jahren. In den Großstadt Leipzig (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 42,36 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Am ältesten dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 48,38 Jahren im sehr ländlichen Görlitz (Kreistyp 4). Im Trend – so die deutschlandweite Beobachtung – sind Privatversicherte in Ballungsregionen, Hochschulstandorten und industriell geprägten Städten (Kreistyp 1 & 2) jünger als in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4).
- › Das regionale Durchschnittsalter der Privatversicherten wirkt sich auf die tatsächlichen Umsätze und Mehrumsätze der in den Regionen tätigen medizinischen Leistungserbringer aus. Je älter (jünger) die Privatversicherten im Durchschnitt sind, desto höher (niedriger) sind die regional verbleibenden Umsätze und Mehrumsätze je Privatversicherten. Weil Privatversicherte in Ballungszentren, Universitätsstädten und anderen urbanen Zentren (auf dem Land) relativ jünger (älter) sind, sind die bisher ausgewiesenen Umsätze und Mehrumsätze in ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) nicht immer, aber regelmäßig unterschätzt und in (relativ) städtischen Regionen (Kreistyp 1 & 2) überschätzt worden.

Regionale (ärztliche) Kostenstrukturen

- › In welchem Ausmaß dank privatversicherter Patienten Investitionen in die medizinische Infrastruktur möglich sind, hängt – erstens – nicht nur vom PKV-Marktanteil und – zweitens – von den regionalen Altersunterschieden ab, sondern wird – drittens – auch maßgeblich vom regional vorherrschenden (ärztlichen) Kostenniveau beeinflusst. Von den (ärztlichen) Kostenstrukturen hängt nämlich ab, wie viel die in den Regionen verbleibenden Einnahmen aus der Behandlung von Privatversicherten real tatsächlich wert sind.
- › Eine regionale Realwertbestimmung der Umsätze und Mehrumsätze ist annäherungsweise insbesondere für die ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte möglich. Dazu wird ein gewichteter „Kosten-Warenkorb“ für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte gebildet. Dabei sind als Kostenarten Praxisaufwendungen einzubeziehen, die deutschlandweit einheitlich bzw. quasisieinheitlich sind (z. B. Versicherungsbeiträge, Gebühren, Zinsen) oder erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen (z. B. Personalkosten, Praxismieten, Praxisübernahme).

- › Mit einem gewichteten „Kosten-Warenkorb“ für Ärztinnen und Ärzte lässt sich ein regionaler Gesamtkosten-Index der ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bilden. Der Gesamtkosten-Index wiederum stellt die Voraussetzung dafür dar, die nominalen bei den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verbleibenden altersadjustierten Umsätze und Mehrumsätze annäherungsweise als vom jeweiligen ortsabhängigen ärztlichen Kostenniveau abhängigen Realwert in den Landkreisen, Städten und Regionen darzustellen.

Altersadjustierte Mehrumsätze als Realwerte

- › Alte Menschen gehen i.d.R. häufiger zu Ärztinnen und Ärzten. Und das ärztliche Kostenniveau in der Stadt ist höher als auf dem Land. Das zeigt sich stets, wenn z. B. Gehälter für ärztliches Fachpersonal oder Praxismieten in der Landeshauptstadt Dresden mit denen im Landkreis Görlitz verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Umsätze und Mehrumsätze.
- › Die altersadjustierte und wertbereinigte Regional-Stadt-Land-Analyse beschränkt sich auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.
- › Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen und ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind die im Landkreis Görlitz (Landkreis Mittelsachsen) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibende Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 33.095 € (43.259 €) real 39.708 € (49.480 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als (sehr) ländliche Region im Gesamtvergleich sehr gut da.
- › In den kreisfreien Städten zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Liegen zum Beispiel in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze in Dresden (Leipzig) bei 33.611 € (29.699 €) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 26.639 € (24.574 €) an. Damit fällt die kreisfreie Stadt Dresden (Leipzig) hinter viele ländliche oder sehr ländliche Landkreise zurück. Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 9.

Stadt-Land-Analyse

- › In Sachsen verteilen sich die rund 252.000 privatversicherten Menschen relativ gleichmäßig. In einem städtischen Umfeld (Kreistyp 1) leben 37,5 % der Privatversicherten, einen verstädterten Lebensmittelpunkt (Kreistyp 2) haben 6,7 % der Privatversicherten gewählt. In ländlich oder sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) sind 46,0 % beziehungsweise 9,7 % der privatversicherten zu Hause (vgl. Abbildung 8 im Anhang). Damit lebt über die Hälfte der Privatversicherten in Sachsen auf dem „Land“.
- › Auch der regionale Anteil der Privatversicherten ist in Sachsen relativ gleichmäßig verteilt. Es gibt überschaubare Unterschiede zwischen den Kreis- und Regionstypen. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen und kreisfreien Städten (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei 6,2 % beziehungsweise 5,5 %. In kreisfreien Großstädten, verstädterten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 6,6 % beziehungsweise 5,6 % nur unwesentlich mehr Privatversicherte.

- › Im Konzept der Landkreise und kreisfreien Städte sind die (nominalen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt in ländlichen und sehr ländlichen Kreistypen höher als in Städten des Kreistyps 1. Lediglich verstärkte Landkreise weisen leicht höhere Mehrumsätze auf als sehr ländliche Regionen.
- › Auf der Ebene der Raumordnungsregionen erzielen Raumordnungsregionen mit Verstärkungstendenzen mit 39.917 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt die höchsten Mehrumsätze. In ländliche Raumordnungsregionen fallen jedoch im Vergleich zu städtischen Regionen (35.857 €) mit 33.923 € nur unwesentlich weniger Mehrumsätze an. Als Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass ländliche und sehr ländliche Regionen (Kreistyp 3 & 4/ Regionstyp 3) sehr wohl und zum Teil auch überproportional vom (nominalen) Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.
- › Das Bild von den dicht besiedelten Städten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehender als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Im Trend hinterlassen Privatversicherte umso höhere (reale) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, je ländlicher die Siedlungsstruktur einzuordnen ist. So sind in den sehr ländlichen Kreisen des Typs 4 je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt mit durchschnittlich 42.001 € deutlich höhere Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Typs 1 mit 27.897 € (vgl. Abbildung 6 im Anhang).
- › Das Ergebnis lässt sich in Sachsen gut mit den regionalen Altersunterschieden der Privatversicherten und den ärztlichen Kostenstrukturen zwischen Stadt und Land erklären. Beide Merkmale zeigen eine erkennbare Wirkung. Es entsteht ein Bild von regional verteilten Mehrumsätzen, das der politischen Wahrnehmung deutlich widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich.

Rangordnungen und Rankings

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für Sachsen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) zeigt, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen stets oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Die kreisfreien Städte Chemnitz, Dresden und Leipzig sind alle am Schluss des Rankings platziert. Während z. B. bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Nordsachsen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 44.293 € anfallen (Rang 6 von 13), sind es in den Arztpraxen der Universitätsstadt Dresden (Rang 12 von 13) „nur“ 26.639 € Euro jährlich.
- › Die Platzierung der kreisfreien Städte ist nicht nur, aber auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte (Kreistyp 1) für das Umland zurückzuführen. Der zusätzliche Blick auf das Ranking der Raumordnungsregionen ist dementsprechend sinnvoll. Denn mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich, dass die Realwerte der Mehrumsätze in den dichter besiedelten Raumordnungsregionen Oberes Elbtal-Osterzgebirge (Rang 3 von 4) und Westsachsen (Rang 4 von 4) am Ende des Rankings liegen. Rechnerisch entstehen in der Raumordnungsregion Westsachsen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von „nur“ 32.166 €. In der sehr ländlichen Region Oberlausitz-Niederschlesien sind es 38.773€ (Realwert).
- › Bei insgesamt 96 Raumordnungsregionen in ganz Deutschland liegt es auf der Hand, dass das Konzept der Raumordnungsregionen insbesondere in ländlichen Regionen zu „weiträumig“ gefasst ist, wenn es um ärztliche Versorgungsstrukturen geht, die bestenfalls wohnortnah vorliegen (sollten). Ankerregionen, die konzeptionell von der Größe her zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten auf der einen und Raumordnungsregionen auf der anderen Seite liegen, stellen einen „dritten“ Weg dar, um sowohl „Stadt-Umland-Verzerrungen“ als auch die Weiträumigkeit der Raumordnungsregionen zu vermeiden.

- › Ausgangspunkt des Konzepts der Ankerregionen sind die Grenzen der kreisfreien Städte und Landkreise. Diese werden zu einer Ankerregion zusammengefasst, wenn kreisfreie Städte als Ankerstädte partiell oder vollständig an (häufig namensgleiche oder -ähnliche) Landkreise angrenzen. Gibt es dagegen angesichts der geografischen, oft ländlichen Lage eines Landkreises keine (größeren) Ankerstädte, bildet der Landkreis seine „eigene“ Ankerregion in seinen eigenen Grenzen.
- › Das Ranking nach Ankerregionen (Tabelle 15) zeigt, dass die Ankerregionen rund um die Großstädte Leipzig und Dresden stes in der unteren Hälfte des Tableaus platziert sind. Ländliche Ankerregionen wie Vogtland und Görlitz sowie Ankerregionen rund um die strukturschwächere Stadt Chemnitz sind der oberen Hälfte des Tableaus zugeordnet. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Vogtlandkreis (Kreistyp 3, Rang 1 von 13) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 49.464 €. In der Ankerregion Leipzig I (Stadt Leipzig + Landkreis Leipzig, Kreistyp 1 + 3, Rang 10 von 13) sind es „nur“ 29.273 € jährlich. Das ist so, weil in dieser dichter besiedelten Ankerstadt relativ junge Privatversicherte auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Der PKV-Regionalatlas Sachsen zeigt, dass die Umsätze und die davon abhängenden Mehrumsätze der Privatpatienten sowohl nominal als auch vor allem altersadjustiert und real in dichter besiedelten ebenso wie in sehr ländlichen Regionen flächendeckend einen hohen, überproportionalen Beitrag zur medizinischen Versorgungsstruktur darstellen. Die (politischen) Thesen, dass ausgerechnet „Regionen, die es nötig hätten, leer“ ausgingen⁵⁸ und „die Investitionsanteile der PKV in ländlichen Gebieten gleich Null“ seien,⁵⁹ sind nicht zu rechtfertigen. Die Umsätze und als Teilmenge davon die Mehrumsätze der Privatversicherten kommen regional breit gestreut überall auch gesetzlich Versicherten zu Gute. Der Vorwurf der „unentgeltlichen“ Nutzung der in ländlichen Gebieten von der GKV sichergestellten medizinischen Versorgungsstruktur durch vereinzelte Privatversicherte ist selbst in den ländlichsten Regionen sachlich falsch und nicht haltbar.

In Sachsen werden in diesem Zusammenhang häufig strukturschwache, ländliche und vor demografischen Herausforderungen stehende Landkreise jenseits der Landeshauptstadt Dresden und der Universitätsstadt Leipzig genannt. Mit Blick auf die ökonomischen Merkmale dieser Landkreise handelt es sich häufig um diejenigen Regionen, die in der politischen Diskussion typischerweise gemeint sind, wenn zum Beispiel von Gesundheitspolitikern die Position vertreten wird, dass die regionale Verteilung der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land verantwortlich sei und es die meisten Ärztinnen und Ärzte in größere Städte ziehe, wo es viele Privatversicherte gäbe.⁶⁰

Ein Blick auf die Zahlen schafft dabei Klarheit. Der sehr ländliche Landkreis Görlitz grenzt an das Nachbarland Polen. Im Landkreis Görlitz verbleiben von Privatversicherten ausgelöste Mehrumsätze in Höhe von jährlich 16,4 Mio. € oder 65 € je Einwohner/-in, die es nur deshalb gibt, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind. Ein Großteil davon entfällt auf die ambulante ärztliche Versorgung. Rechnerisch lassen sich im Landkreis Görlitz jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 33.095 € p.a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der trotz des geringen PKV-Marktanteils – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Sachsen berücksichtigt werden – real 39.708 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenen Arzt über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel im Großraum Leipzig (28.411 €) oder Dresden (29.630 €) liegt.

Im Ergebnis läuft damit der Vorwurf, dass vor allem dichter besiedelte und im Trend wirtschaftsstärkere Städte vom überproportionalen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten profitieren, sachlich vollständig ins Leere. Selbst in sehr ländlichen Kreisen, Städten, Raumordnungs- und Ankerregionen gibt es einen robusten Anteil von Privatversicherten, der niemals unter 5,2 % (Landkreis Görlitz: niedrigster Wert) und 5,4 % (Raumordnungsregion Oberlausitz-Niederschlesien) sinkt. In diesen Regionen löst eine relativ kleine Zahl von Privatversicherten erhebliche nominale (altersadjustierte) Mehrumsätze aus, die darüber hinaus auf dem Land noch real relativ viel wert sind. Infolgedessen

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

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

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

lassen sich zum Beispiel in den Praxen der sehr ländlichen Landkreise relativ mehr Investitionen z. B. in Praxispersonal (Löhne) tätigen. Ohne Privatpatienten und deren Mehrumsätze würde dagegen – wie unter anderem von Wille et al. (2018) anerkannt – ein Teil der Finanzierungsbasis für medizinisches Personal und Investitionen fehlen. Die Versorgungslandschaft in Deutschland wäre „ausgedünnter“.⁶¹ Das Vorurteil, dass im ländlichen Raum einzelne Privatversicherte als „Trittbrettfahrer“ die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) flächendeckend finanzierte medizinische Infrastruktur nutzen, ist mit Blick auf die Höhe des Realwertes der altersadjustierten Mehrumsätze auf dem Lande als substanzlos zu betrachten.

Darüber hinaus deckt der PKV-Regionalatlas Sachsen einen weiteren populären Irrtum auf. Dass nämlich für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer insbesondere ein relativ hoher Anteil der Privatversicherten von Relevanz sei und es deshalb zu einer Ungleichverteilung der Ärztinnen und Ärzte zwischen Stadt und Land käme. Wengleich bereits IGES (2020) feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten der Ärzte belegt ist“,⁶² ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztinnen- und Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für Sachsen zeigen in diesem Zusammenhang ein deutlich differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Realwerte von jährlichen Mehrumsätzen in ländlichen Regionen mit durchschnittlich 45.839 € (Kreistyp 3) beziehungsweise 42.001 € (Kreistyp 4) über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1 & 2: 35.279 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 149 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 192 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen). Konkreter: Obwohl im ländlichen Landkreis Vogtland (Kreistyp 3) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 49.464 € und im dichter besiedelten, wirtschaftsstärkeren Großraum Leipzig⁶³ dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 28.411 € p.a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis Vogtland mit 136 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der im Großraum Leipzig (202).

Oder: Obwohl im sehr ländlichen Landkreis Görlitz von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 39.708 € und im Großraum Dresden⁶⁴ dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 29.630 € jährlich ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in dem ländlichen Landkreis Görlitz mit 153 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der im Großraum Dresden mit 203 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen. Mit anderen Worten heißt das, dass es an mangelnden finanziellen Anreizen nicht liegen kann. Zusätzliche Ärztinnen und Ärzte auf dem Land könnten sich an einem relativ hohen Mehrumsatz (Realwert) durch Privatpatienten erfreuen.

Alle Zahlen weisen somit in eine Richtung: Andere, wichtigere Faktoren müssen bei der Standortentscheidung der Ärztinnen und Ärzte eine Rolle spielen. Die Wissenschaft hat diese Faktoren für die Standortentscheidung medizinischer Leistungserbringer längst identifiziert: Unter anderem zeigen Arbeiten von Vogt (2016)⁶⁵ und Sundmacher & Ozegowski (2016)⁶⁶ und Arentz (2017)⁶⁷, dass bei der Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten der Anteil der Privatversicherten eine (politisch) überschätzte, tatsächlich vollständig untergeordnete Rolle spielen. Von sehr großem Gewicht für die Standortwahl der medizinischen Leistungserbringer sind dagegen Faktoren wie Urbanität, Work-Life-Balance, (Arbeits-) Umfeld für Partner und Familie, Freizeitwert, Kulturangebot,

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

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

63 Region in und um Leipzig, d. h. kreisfreie Stadt Leipzig mit den Landkreisen Leipzig und Nordsachsen.

64 Region in und um Dresden, d. h. kreisfreie Stadt Dresden mit den Landkreisen Meißen, Bautzen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge.

65 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.

66 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.

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

Häufigkeit von Notdiensten, Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Nähe zu Krankenhäusern und Universitätskliniken.⁶⁸

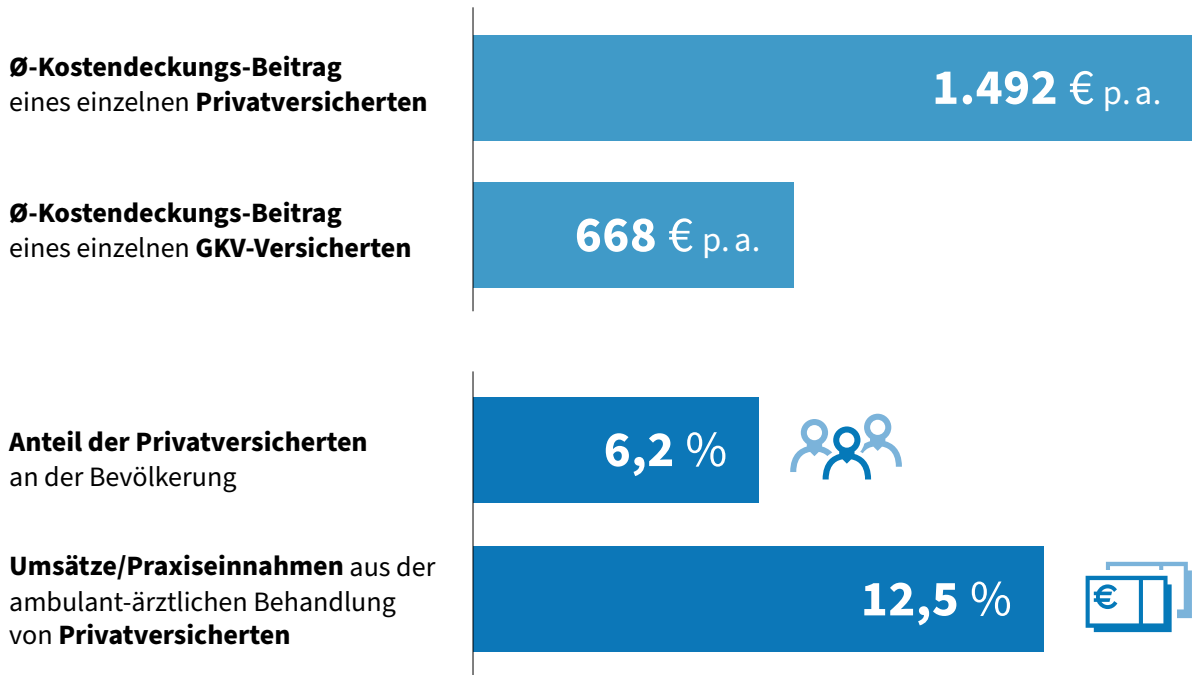
Zusammenfassend lässt sich folgender Schluss ziehen: Bei der Standortentscheidung für die Ärztinnen und Ärzte bleibt das Argument „Urbanität“ maßgebend. An auf dem Land von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze mangelt es sowohl nominal und vor allem real nicht. Denn gerade im ländlichen und strukturschwachen Raum sind die für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur gewichtigen Mehrumsätze der Privatversicherten altersadjustiert relativ hoch und real relativ mehr wert als in den „boomedenen“ großstädtischen Regionen. Damit leisten die Privatversicherten – so das Fazit – einen maßgeblichen, überproportionalen Beitrag, dem Ziel regional gleichwertiger(er) Lebensverhältnisse innerhalb eines Bundeslandes zumindest näher zu kommen. Im Umkehrschluss heißt das: Ohne Privatversicherte würde die Gesundheitsversorgung (nicht nur auf dem Land) in Quantität und Qualität an Tragfähigkeit verlieren. Das kann – zusammen mit anderen standortpolitischen Parametern – die Lebensbedingungen vor Ort verschlechtern und zu wirtschaftlichen Standortnachteilen führen. Denn wo es keine betriebswirtschaftlich tragfähig zu betreibende Haus- und Facharztpraxen gibt, dort lassen sich auch keine Fachkräfte mit ihren Familien nieder. Ein Mangelangebot im Bereich der medizinischen Infrastruktur würde dann direkt auch die Wettbewerbsfähigkeit, der in Deutschland und Sachsen recht häufig in den Regionen zu findenden Familienbetriebe und Mittelständler berühren. Der überproportionale Beitrag der Privatversicherten zur ärztlichen Versorgung ist damit nicht nur ein Beitrag zum Erhalt regionaler, wettbewerbsfähiger Infrastrukturen, sondern auch ein Beitrag zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen.

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

Anhang

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

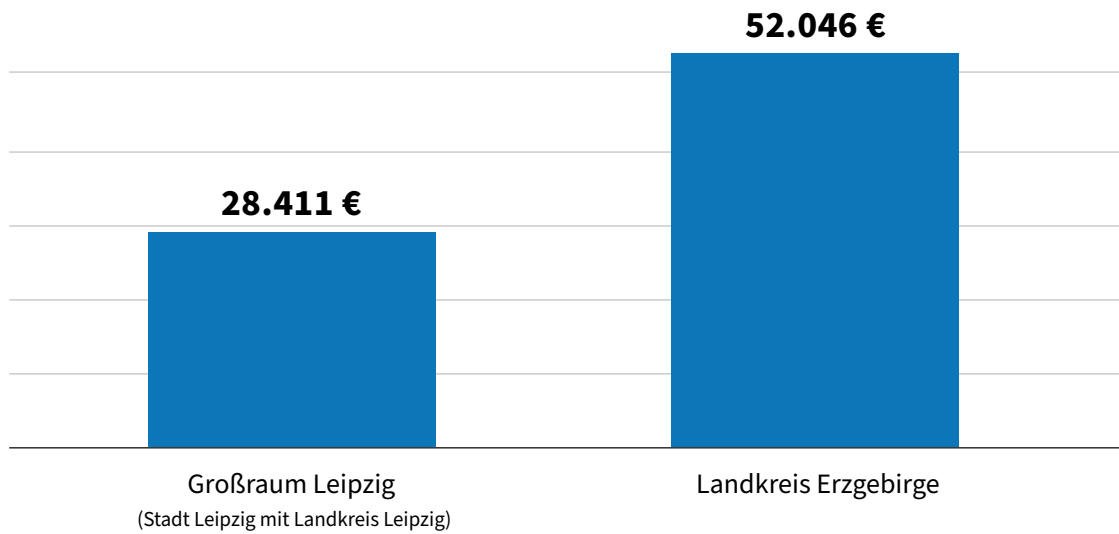
Kostendeckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Sachsen



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

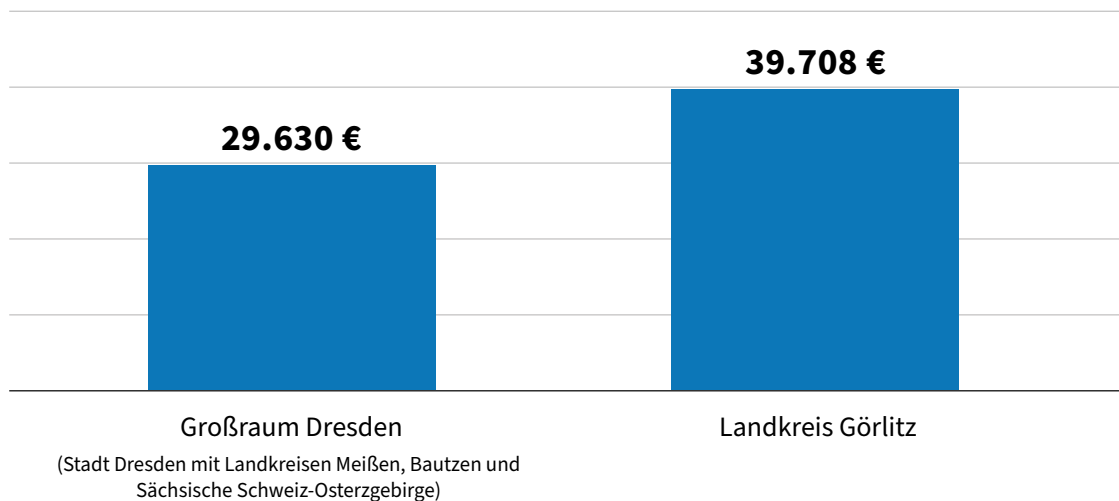
Großraum Leipzig und Landkreis Erzgebirge im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand September 2024

Abbildung 3: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

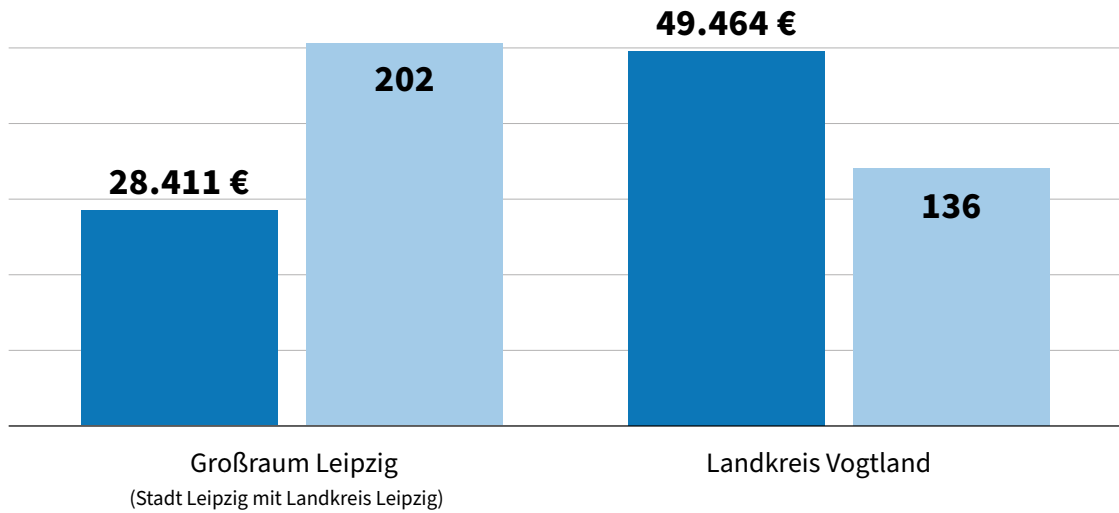
Großraum Dresden und Landkreis Görlitz im Vergleich



1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze
Stand September 2024

Abbildung 4: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

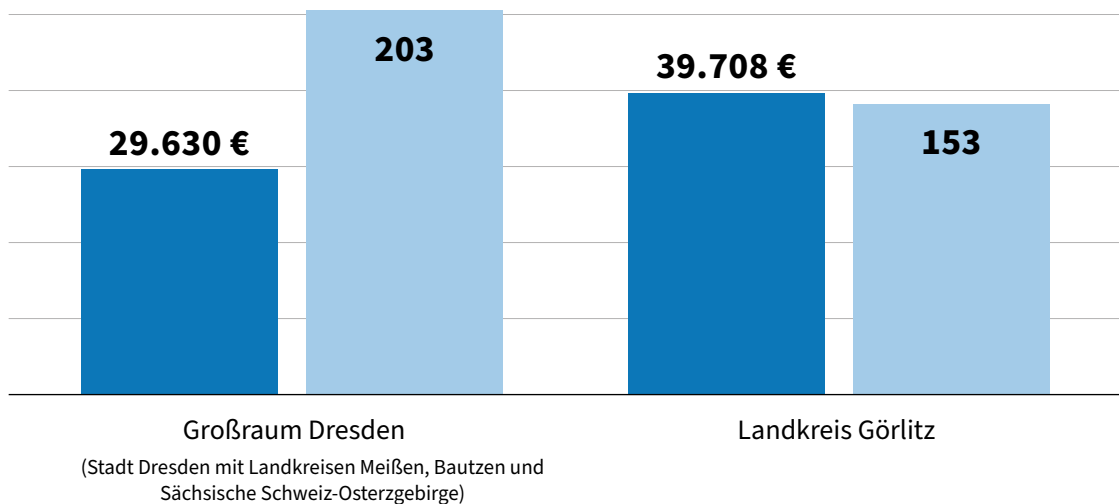
Großraum Leipzig und Landkreis Vogtland im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
Stand September 2024

Abbildung 5: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

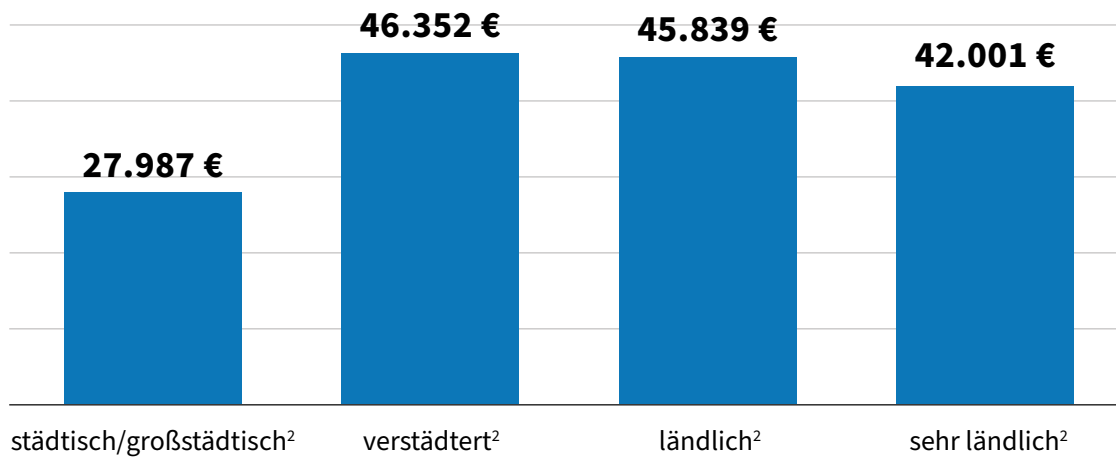
Großraum Dresden und Landkreis Görlitz im Vergleich



1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■
Stand September 2024

Abbildung 6: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

Stadt und Land im Vergleich



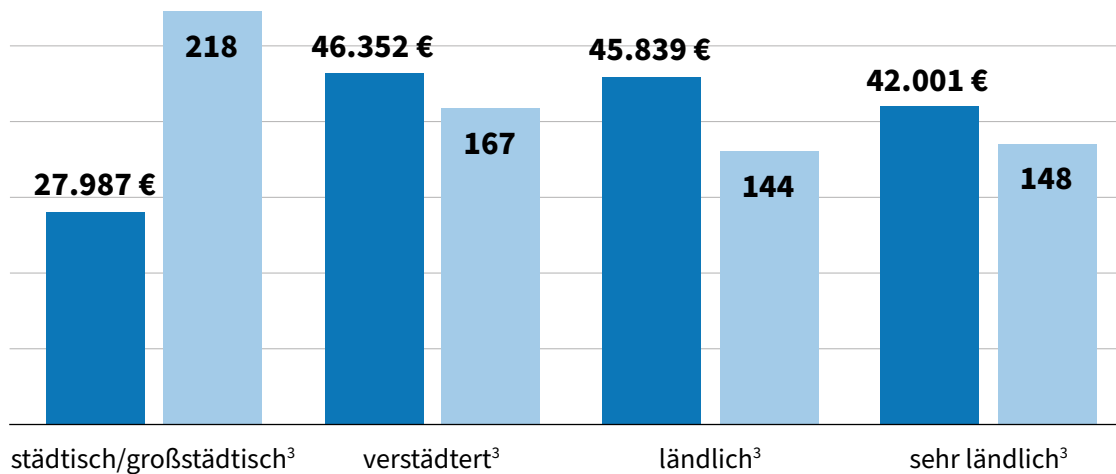
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

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

Stand September 2024

Abbildung 7: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

Stadt und Land im Vergleich



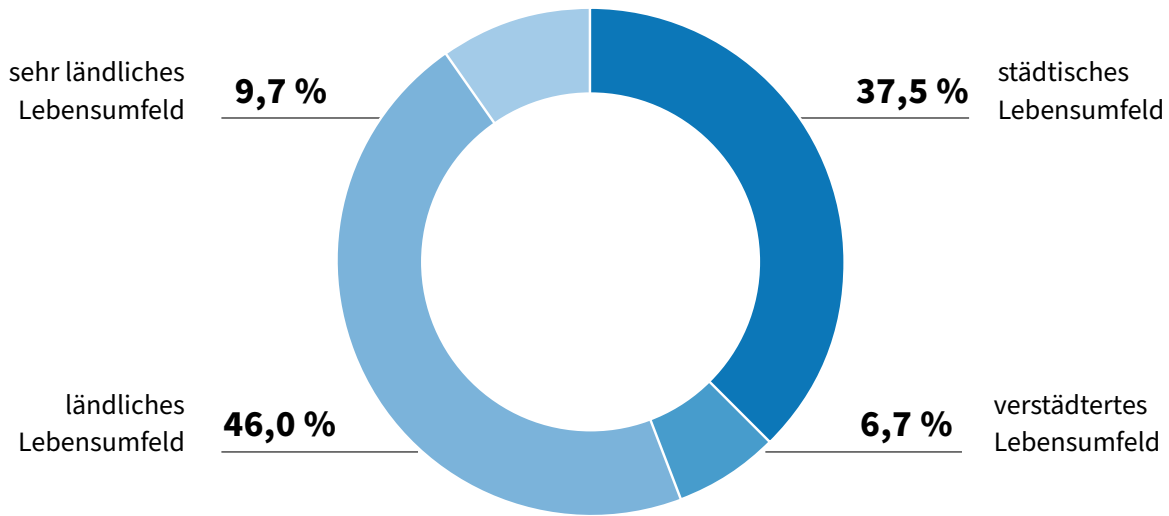
1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■

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

Stand September 2024

Abbildung 8: Privatversicherte in Sachsen

Lebensumfeld nach Siedlungsstrukturen¹ in Prozent



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

Stand September 2024



Verband der Privaten
Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 – 0

kontakt@pkv.de
www.pkv.de