Ziehen Privatpatienten Ärzte an?

Die Behauptung steht im Raum: Wo viele Privatpatienten leben, gibt es viele ambulant tätige Ärzte. Doch bisher fehlten wissenschaftliche Untersuchungen darüber. Diese Lücke schließen jetzt Leonie Sundmacher und Susanne Ozegowski.

Niedergelassene Vertragsärzte sind in Deutschland ungleich verteilt. So kamen im Jahr 2010 im bayerischen Kaufbeuren beispielsweise fast doppelt so viele Hausärzte auf 100.000 Einwohner wie im Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Noch deutlicher fällt die ungleiche Verteilung bei den Fachärzten aus: So war ein Orthopäde in Nordvorpommern beispielsweise für fünf Mal so viele Einwohner zuständig wie sein Kollege im hessischen Wiesbaden. Diese regionalen Unterschiede in der Arztdichte haben sich bis heute kaum verändert.

Die Ursachen für die regionale Ungleichverteilung sind vielfältig. Die Präferenz vieler Ärzte für städtische Lebensräume, die unterschiedliche Attraktivität und Lebensqualität von Regionen und die Nähe zu (Universitäts-)Kliniken sind einige Gründe hierfür. An der Ungleichbehandlung vermochte auch die Bedarfsplanung nichts zu ändern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat zwar in der am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie kleinräumiger und damit präziser festgelegt, wie viele Ärzte welcher Fachgruppe sich je Kreis oder Region niederlassen dürfen. Diese Anzahl bemisst sich nach der Einwohnerzahl, dem Anteil der über 64-Jährigen an der Bevölkerung (Demografiefaktor) und (teilweise) nach dem Grad der Ländlichkeit der Region. Ist die maximale Zahl in einer Region erreicht, dürfen sich dort grundsätzlich keine weiteren Ärzte niederlassen. Da die Bemessung der Arztzulassungen je Region jedoch auf der Versorgungssituation von 1990 aufsetzt und die damals herrschende Ungleichverteilung über die vergangenen zwei Jahrzehnte in der bisherigen Bedarfsplanung fortgeschrieben wurde, lässt sich nach wie vor eine sehr unterschiedliche regionale Vertragsarztdichte beobachten.

Kein Honorardeckel in der Privatversicherung. Als eine Ursache für die regionale Ungleichverteilung der Vertragsärzte wurde in den letzten Jahren die These diskutiert, dass das in Deutschland bestehende Nebeneinander von zwei getrennten Vollversicherungssystemen – der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) – einen erheblichen Einfluss auf die Arztdichte hat. GKV und PKV unterscheiden sich zum einen in ihrer Beitragserhebung, zum anderen aber auch in ihren vertraglichen Beziehungen zu den Leistungserbringern sowie in der Vergütung. Letzteres trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung zu. Hier gibt es wesentliche Unterschiede zwischen GKV und PKV. Das Sachleistungsprinzip in der GKV ist mit einer größtenteils gedeckelten, nachgelagerten Vergütung des einzelnen Arztes verbunden. Das Kostenerstattungsprinzip der PKV hingegen impliziert eine vollumfängliche, unmittelbare Bezahlung der Ärzte für ihre erbrachten Leistungen. Für einen gesetzlich versicherten Patienten erhält

ein Arzt einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengenobergrenze in Form des sogenannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt bekommt für einen Privatversicherten die Einzelleistungen ohne Mengenobergrenzen vergütet. Für einen ambulant tätigen Arzt besteht somit im Regelfall die Möglichkeit, für jeden PKV-Patienten mehr Leistungen (ohne Deckelung) und zu einem höheren Preis abzurechnen als für einen GKV-Versicherten. Aus rein betriebswirtschaftlicher Perspektive ist die Behandlung eines Privatversicherten somit im Regelfall finanziell attraktiver als die eines GKV-Versicherten. Diese verzerrte Anreizsituation stand in den vergangenen Jahren wiederholt in der Kritik. Politiker und Wissenschaftler bemängeln, dass dies eine ungleiche Behandlung von Patienten mit sich bringen und verstärken könnte.

Darüber hinaus wird diskutiert, dass das Nebeneinander von GKV und PKV auch eine regionale Ungleichverteilung der Vertragsärzte nach sich ziehen könnte. Diese Hypothese basiert darauf, dass die Beitrittsberechtigung der Versicherten zur PKV eng beschränkt ist: Primär sind Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2013: 52.200 Euro/Jahr, 4.350 Euro/Monat) sowie Selbstständige und Beamte von der Versicherungspflicht in der GKV entbunden. Diese Personengruppen sind aber im Vergleich zur Gesamtbevölkerung regional ungleich verteilt: So ist beispielsweise der Anteil der Beamten und Selbstständigen in Städten höher als im ländlichen Raum, und in strukturschwachen Gegenden leben sehr viel weniger Einwohner mit einem hohen Einkommen als in suburbanen und städtischen Regionen.

Gewinnaussichten beeinflussen möglicherweise die Standortwahl. Unter der Annahme, dass die Standortwahl eines niederlassungswilligen Vertragsarztes in relevantem Ausmaß von den finanziellen Ertragsmöglichkeiten beeinflusst wird, könnte der Anteil der PKV-Versicherten in der Region eine wichtige Rolle für die Entscheidung eines Arztes spielen, in einer Region mit relativ vielen Privatversicherten zu praktizieren. Eine regional ungleiche Verteilung von PKV-Versicherten würde folglich auch eine ungleiche Verteilung von Vertragsärzten bedeuten. Ziel unserer Analyse ist es daher, den Zusammenhang zwischen der regionalen Verteilung von PKV-Versicherten und der Verteilung der Vertragsärzte zu untersuchen.

Anteil der Privatversicherten indirekt ermittelt. Der Vergleich regionaler Unterschiede erfolgte auf der Basis der 412 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland (nachfolgend: Kreise). Weil es keine verfügbaren Daten über die regionalen Anteile der Privatversicherten gibt, wählten wir eine indirekte Vorgehensweise für die Schätzung. Da seit der Einführung der Versicherungspflicht 2009 nahezu die ganze Bevölkerung krankenversichert ist (Mikrozensus 2012), lassen sich die PKV-Versicherten als Differenz zwischen der Bevölkerungsanzahl je Kreis und der Zahl der GKV-Versicherten gut schätzen. Diese Berechnungsweise führt zu einer leichten Überschätzung der tatsächlichen Anzahl an PKV-Versicherten, da zum Beispiel nicht versicherte Personen, Justizvollzugsbeamte, Strafgefangene und Bundeswehrangehörige wegen fehlender Daten nicht herausgerechnet werden können. Laut Mikrozensus machen diese Gruppen aber nur circa 350.000 Menschen und damit weniger als ein Prozent der Gesamtbevölkerung aus. Die Anzahl der GKV-Versicherten in den verschiedenen Regionen wurde mithilfe des Datensatzes ermittelt, den die Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt zur Berechnung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zur Verfügung stellen. Der Datensatz für den Jahresausgleich 2010 umfasste 68,8 Millionen GKV-Versicherte mit dem Kreiskennzeichen ihres letzten Wohnorts. Die kreisspezifische Bevölkerungszahl wurde den Daten des Zensus vom April 2011 entnommen und so die Differenz zwischen Bevölkerungszahl und Zahl der GKV-Versicherten berechnet. Die anschließende Plausibilitätsüberprüfung der kreisspezifischen Differenzen ließ auf einige Fehlerquellen bei der Kodierung der Kreiskennzeichen durch die Krankenkassen schließen. Zwei Gründe scheinen hier am wahrscheinlichsten: Erstens erfolgt die Kennzeichnung der Kreise durch viele Krankenkassen vermutlich primär anhand der Postleitzahl des Wohnortes ihrer Versicherten. Es gibt jedoch etliche Postleitzahl-Regionen, die sich über mehr als einen Kreis erstrecken. In diesen Fällen sind Versicherte unter Umständen einem falschen Kreis zugerechnet worden. Zweitens gab es in den vergangenen 20 Jahren mehrfach Kreisgebietsreformen, die

> Wo es Unikliniken gibt, lassen sich besonders viele Fachärzte nieder.

teilweise eine Auflösung von Kreisen und eine andere Zuordnung der Gemeinden auf Nachbarkreise mit sich brachten. Krankenkassen, die das Kreiskennzeichen gespeichert hatten, haben eventuell eine falsche Zuordnung der Versicherten zu den Neukreisen vorgenommen. Vor diesem Hintergrund haben wir 94 Kreise aus unserer quantitativen Analyse ausgeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten:

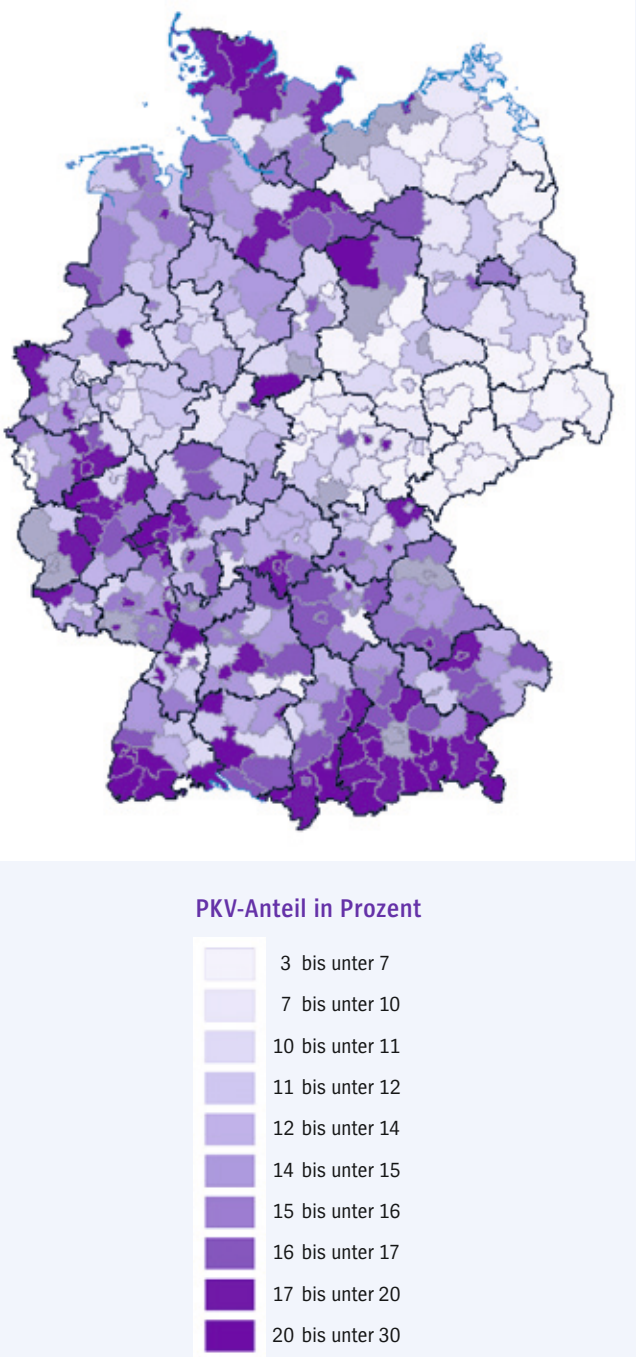
- Kreise, die sich eine (oder mehrere) Postleitzahlen mit mindestens einem anderen Kreis teilen;
- Kreise, die einen auffällig hohen oder auffällig niedrigen PKV-Anteil aufwiesen. Als auffällig sind solche Kreise eingestuft, die einen PKV-Anteil von über 30 oder von unter drei Prozent aufwiesen;
- Kreise, die einen rechnerisch auffällig niedrigen PKV-Anteil aufwiesen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die dort lebenden PKV-Versicherten fälschlicherweise einem angrenzenden Kreis zugeteilt wurden. Wies zugleich ein Nachbarkreis einen auffällig hohen PKV-Anteil auf, so wurden beide Kreise – also der Kreis mit dem auffällig niedrigen und der benachbarte Kreis mit dem auffällig hohen PKV-Anteil – aus unserer Analyse ausgeschlossen.

Diese relativ rigiden Kriterien dienen dazu, eine Verzerrung der quantitativen Analyse aufgrund falsch kodierter Kreiskennzeichen auszuschließen. Im Ergebnis blieben 318 Kreise übrig, 168 urbane und 150 ländliche Kreise.

Über 318 Kreise hinweg liegt der durchschnittliche Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung bei 13,48 Prozent. In den 168 urbanen Kreisen fällt der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung mit durchschnittlich 14,23 Prozent deutlich höher aus als in den 150 ländlichen Kreisen. Dort liegt der durchschnittliche Anteil bei 12,50 Prozent. Außerdem gibt es auf dem Land signifikant mehr Kreise mit einem sehr geringen Anteil an PKV-Versicherten *(siehe Abbildung „Wo viele und wo wenige Privatversicherte leben“).*

Hausärzte zieht es eher aufs Land als Fachärzte. Wie bereits erwähnt, ist es für Vertragsärzte finanziell reizvoll, PKV-Versicherte zu behandeln. Aber gibt es einen regionalen Zusammenhang zwischen dem Anteil der PKV-Versicherten an der Bevölkerung und der Vertragsarztdichte? Um diese Frage zu untersuchen, haben wir analysiert, ob der Anteil von PKV-Versicherten zum einen mit einer höheren Zahl aller Vertragsärzte und zum anderen mit einer höheren Zahl der Fach- und Hausärzte einhergeht. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass sich Fach- und Hausärzte hinsichtlich ihrer Standortwahl unterscheiden. Hausärzte haben in der Vergangenheit eine höhere Bereitschaft gezeigt, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen. Auch sind sie zu Beginn ihrer Karrieren in der Regel mit geringeren Investitionskosten für die Ausstattung ihrer Praxis konfrontiert als Fachärzte. Im Jahr 2010 praktizierten im Durchschnitt 162 Vertragsärzte pro 100.000 Einwohner in den von uns anfangs betrachteten 412 Kreisen und Städten. Davon kamen im Schnitt 64 Hausärzte und 98 Fachärzte auf 100.000 Einwohner einer Region *(siehe Abbildung „Wo es viele und wo es wenige Vertragsärzte gibt“ auf der nächsten Seite).*

Wo viele und wo wenige Privatversicherte leben

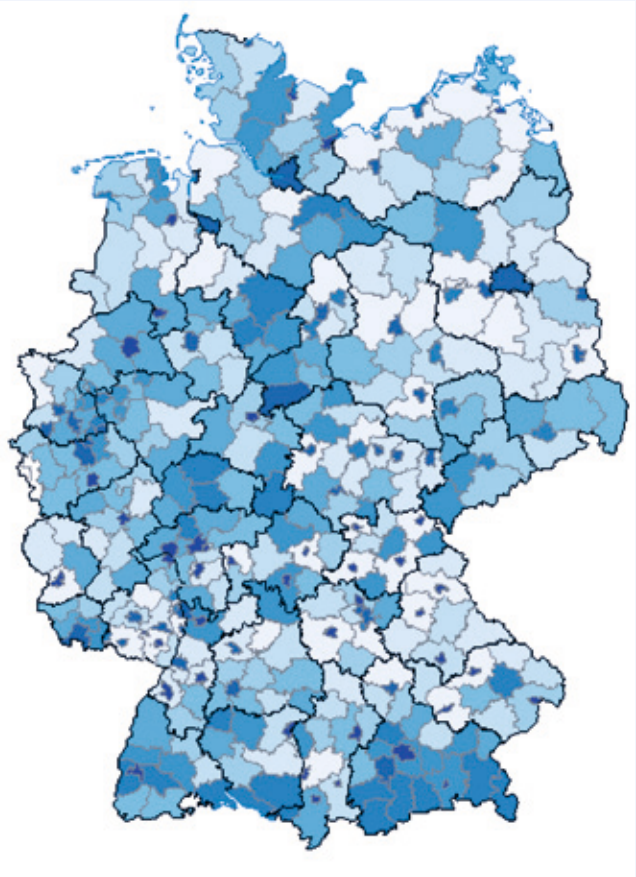


In den neuen Bundesländern sowie in Westfalen, Unterfranken und im nördlichen Hessen ist der Anteil der Privatversicherten relativ gering. Dagegen gibt es im südlichen Bayern, im Süden Baden-Württembergs und im Rhein-Main-Gebiet viele Privatversicherte. Dort sind bis zu 30 Prozent der Bevölkerung privatversichert. Ein hoher Anteil von PKV-Versicherten ist auch in den Kreisen Schleswig-Holsteins festzustellen, die an Dänemark grenzen. Dies ist vermutlich eine rechnerische Verzerrung, die sich aus in Deutschland lebenden, aber in Dänemark arbeitenden und versicherten Arbeitnehmern ergibt. Diese Kreise sind nicht in die weitere quantitative Analyse einbezogen.

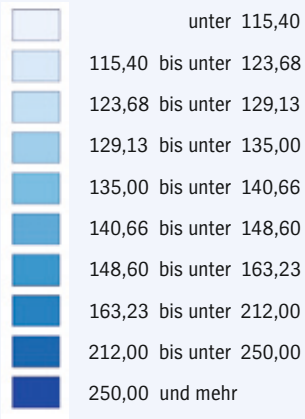
Quelle: Sundmacher/Ozegowski

Wo es viele und wo es wenige Vertragsärzte gibt

Verteilung in 412 Kreisen und kreisfreien Städten



Ärzte pro 100.000 Einwohner



Besonders viele Vertragsärzte haben sich beispielsweise in Hamburg, Berlin sowie im Süden Baden-Württembergs und Bayern niedergelassen. Dort kommen auf 100.000 Einwohner mindestens 250 Mediziner. In diesen Regionen leben auch viele Privatversicherte.

Quelle: Sundmacher/Ozegowski

Städte versorgen Umland mit. Zusätzlich zu der Unterscheidung nach dem Typ des Vertragsarztes (Haus- und Facharzt) haben wir weiterhin danach differenziert, ob die PKV-Versicherten in einem städtischen oder einem ländlichen Gebiet leben. Die Stadt/Land-Unterscheidung erfolgte nach der Systematik des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Für diese Entscheidung war ausschlaggebend, dass urbane Kreise eine Mitversorgerfunktion für ihr Umland erfüllen. Somit ist die Vertragsarztdichte in städtischen Regionen schon per Definition höher als in ländlichen Kreisen. Vor diesem Hintergrund haben wir den Einfluss des Anteils der PKV-Versicherten auf die Vertragsarztdichte getrennt für urbane und ländliche Kreise untersucht. Weil aber nicht nur der Anteil der PKV-Versicherten eine Rolle bei der Entscheidung eines Vertragsarztes spielt, sich in der einen oder anderen Region niederzulassen, haben wir nach weiteren Faktoren differenziert: Nähe zum Ort der Facharztausbildung und Attraktivität einer Region (Kulturangebot, Beschäftigungs- und Bildungsangebot für Partner und Kinder). Indikator für die Nähe zum Ort der Facharztausbildung ist die Präsenz einer Universitätsklinik und ein Indikator für die Attraktivität einer Region ist der durchschnittliche Baulandpreis pro Quadratmeter.

Vermeidbare Sterbefälle weisen auf höheren Bedarf hin. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich die Kreise und Städte hinsichtlich des medizinischen Versorgungsbedarfs unterscheiden. Eine zentrale Anforderung an die Bedarfsplanung ist es, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Bedarf ist aber eine schwer zu quantifizierende Größe. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA differenziert nach der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung. So werden zum Beispiel Unterschiede in der ärztlichen Inanspruchnahme zwischen den über und den unter 64-jährigen Versicherten berücksichtigt (Demografiefaktor). Dies ist aber ein sehr ungenauer Indikator für den Bedarf. Denn in diesen Altersgruppen variiert der Krankheitsstatus erheblich. Deshalb haben wir als dritte Kontrollvariable die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle pro 100.000 Einwohner aufgenommen. Vermeidbar sind Sterbefälle, die bei angemessener Prävention, medizinischer Versorgung oder Therapie zu verhindern gewesen wären (zum Beispiel Lungenkrebs oder Leberzirrhose durch Prävention von Nikotin- und Alkoholkonsum, Brustkrebs durch Früherkennung, Hypertonie und ischämische Herzkrankheiten; *vgl. auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*. Die Zahl der vermeidbaren Sterbefälle pro 100.000 Einwohner ist somit ein Indikator für einen erhöhten medizinischen Bedarf in einer Region.

Die Einbeziehung der drei zusätzlichen Faktoren erlaubt es nun, eine höhere Vertragsärztedichte, die auf die Präsenz einer Universitätsklinik, eine höhere Lebensqualität oder einen höheren medizinischen Bedarf in dem jeweiligen Kreis zurückgeht, aus der Berechnung auszuklammern und nur den Zusammenhang zwischen dem Anteil der PKV-Versicherten und der Vertragsarztdichte zu beurteilen.

Fachärzte suchen die Nähe zu Privatversicherten. Das Ergebnis: Ein zusätzliches Prozent von PKV-Versicherten in einem Kreis ist mit einem Anstieg von rund vier Vertragsärzten pro 100.000

Mehr Privatversicherte heißt mehr (Fach-)Ärzte

	Alle Vertragsärzte		Fachärzte		Hausärzte	
Anteil PKV-Versicherter in urbanen Gegenden (in Prozent)	3,61 [1]	(0,87)	3,07 [1]	(0,80)	0,54 [1]	(0,12)
Anteil PKV-Versicherter in ländlichen Gegenden (in Prozent)	2,94 [1]	(0,87)	2,10 [2]	(0,81)	0,84 [1]	(0,13)
Indikator für die Präsenz einer Universitätsklinik innerhalb eines Kreises	52,98 [1]	(10,99)	49,04 [1]	(9,94)	3,93 [1]	(1,46)
Durchschnittlicher Kaufwert von Bauland in Euro/m^2	0,15 [1]	(0,48)	0,15 [1]	(0,04)	0,003	(0,06)
Vermeidbare Sterbefälle pro 100.000 Einwohner	1,20 [1]	(0,26)	1,11 [1]	(0,24)	0,081 [3]	(0,036)
Anzahl der Beobachtungen (Kreise)	318		318		318	
Konstante	34,20	(20,17)	-15,12	(19,97)	49,33 [1]	
Adjustiertes R^2	0,36		0,38		0,20	

- *Die in den Spalten aufgeführten Zahlen in Klammern sind sogenannte robuste Standardfehler. Je kleiner die Zahl desto präziser ist die Schätzung.*
- *Adjustiertes R^2 ist eine Maßzahl für die Güte der Schätzung. Je näher R^2 bei 1 liegt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit des linearen Zusammenhangs.*

1) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 1 %
2) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 5 %
3) Obere Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzniveau): 10 %

Die Analyse zeigt: Steigt der Anteil der PKV-Versicherten in einem Kreis um ein Prozent, kommen in urbanen Regionen rund vier Vertragsärzte mehr auf 100.000 Einwohner und in ländlichen Regionen rund drei Vertragsärzte. Betrachtet man allein die Fachärzte, dann geht ein Plus von PKV-Versicherten um ein Prozent mit drei zusätzlichen Fachärzten in urbanen Kreisen und mit zwei zusätzlichen Fachärzten in ländlichen Kreisen pro 100.000 Einwohner einher. Im Vergleich zu den Fachärzten fällt der Anreizeffekt bei den Hausärzten wesentlich geringer aus: Hier korreliert der Anstieg der PKV-Versicherten um ein Prozent mit einer Zunahme von deutlich weniger als einem Hausarzt. Dies gilt gleichermaßen für urbane und für ländliche Gebiete. Bei den Kontrollvariablen zeigt sich ebenfalls ein unterschiedliches Bild zwischen Fach- und Hausärzten. So ist die Präsenz einer Universitätsklinik mit fast 50 zusätzlichen Fachärzten je 100.000 Einwohner verbunden, aber nur mit etwas mehr als drei Hausärzten. Vermeidbare Sterbefälle und Baulandpreise haben hingegen vergleichsweise wenig Einfluss auf die Arztdichte. *Quelle: Sundmacher/Ozegowski*

Einwohner in urbanen Regionen verbunden und in ländlichen Regionen mit einem Anstieg von rund drei Vertragsärzten *(siehe Tabelle „Mehr Privatversicherte heißt mehr (Fach-)Ärzte“)*. Geht man von durchschnittlich 162 Vertragsärzten pro 100.000 Einwohner aus, so würde ein zusätzliches Prozent privat Versicherter mit mehr als zwei Prozent zusätzlichen Vertragsärzten einhergehen. Betrachtet man die Fachärzte separat, so ist ein Plus der PKV-Versicherten um ein Prozent mit drei zusätzlichen Fachärzten in urbanen Kreisen und zwei zusätzlichen Fachärzten in ländlichen Kreisen pro 100.000 Einwohner assoziiert. Der Anreizeffekt bei den Hausärzten fällt sehr viel geringer aus als bei den Fachärzten: Hier korreliert der Anstieg der PKV-Versicherten um ein Prozent nur mit einem Anstieg von deutlich weniger als einem Hausarzt. Dies gilt für urbane sowie für ländliche Gebiete. Bei den Kontrollvariablen zeigt sich ebenfalls ein sehr unterschiedliches Bild zwischen Fach- und Hausärzten. So ist die Präsenz einer Uniklinik mit fast 50 zusätzlichen Fachärzten je 100.000 Einwohner verbunden, aber nur mit etwas mehr als drei Hausärzten. Der Einfluss von Baulandpreisen und der vermeidbaren Sterbefälle ist hingegen vergleichsweise gering.

Insgesamt stützt unsere Analyse die These, dass der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung die Standortwahl niederlassungswilliger Ärzte in relevantem Ausmaß mitbestimmt. Eine hohe PKV-Versichertendichte geht insbesondere mit einer höheren Facharztdichte einher. Die Korrelation des Anteils Privatversicherter und der Arztdichte kann in dieser Analyse unabhängig von dritten Faktoren wie der Präsenz von Universitätsklinken, der Attraktivität einer Gegend sowie dem geschätzten medizinischen Bedarf betrachtet werden.

Existenz zweier Systeme erschwert gleichmäßige Versorgung. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive ist es für einen Vertragsarzt sinnvoll, die Behandlung privat versicherter Patienten anzustreben. Aus Sicht der GKV trägt diese Anreizwirkung aber vermutlich zu einer Konzentration der Versorgung in wohlhabenden und urbanen Gegenden bei, in denen viele Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie Beamte leben. Die Existenz von zwei Versicherungssystemen (GKV und PKV) mit einer unterschiedlichen Vergütungssystematik erschwert eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung aller Patienten. Eine Überarbeitung des ambulanten Vergütungssystems der GKV sowie der Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen mit dem Ziel, die unterschiedlichen Niveaus anzugleichen, wäre ein erster Schritt, um dieser Anreizwirkung künftig entgegenzuwirken. ■

Professor Dr. Leonie Sundmacher ist Professorin für Health Services Management an der Ludwig-Maximilian-Universität in München.
Dr. Susanne Ozegowski hat an der Technischen Universität Berlin zum Thema Bedarfsplanung in Deutschland promoviert und ist Gastwissenschaftlerin am Fachbereich Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München. **Kontakt: Sundmacher@bwl.lmu.de**