



PKV-Regionalatlas Thüringen

Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen
Versorgung in den Regionen

Sophia Hartung





PKV-Regionalatlas Thüringen

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: 978-3-9820833-8-4

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist es im PKV-Regionalatlas Thüringen 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 Thüringen	10
2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Thüringen	13
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.....	16
2.3 Raumordnungsregionen in Thüringen	18
2.3.1 Strukturdaten	19
2.3.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze	20
2.3.3 Umsätze und Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung.....	21
3 Altersadjustierte Mehrumsätze als regionale Realwerte	23
3.1 Regionale Altersadjustierung von Privatversicherten	23
3.2 Regionale Kostenstrukturen von medizinischen Leistungserbringern	24
3.3 Realwert der altersadjustierten Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	28
4 (Un-)gleichverteilung der Privatversicherten	30
4.1 (Un-)gleichverteilung in der Nominalwert-Analyse	30
4.2 (Un-)gleichverteilung in der (altersadjustierten) Realwert-Analyse	32
4.3 Stadt-Land-Analyse: Welche Regionen profitieren von den Privatversicherten?	33
5 Rangordnungen und Rankings	34
5.1 Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	34
5.2 Ranking nach Raumordnungsregionen	36
5.3 Ranking nach Ankerregionen	36
6 Zusammenfassung, Bewertung und Fazit	38
Anhang	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Thüringen

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze 12

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Thüringen..... 13

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze in Thüringen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)..... 14

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Mehrumsätze in Thüringen 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 Thüringen 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 Thüringen nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil) 17

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Thüringen 19

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Umsätze in Thüringen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil) 20

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

Regional verbleibende Mehrumsätze in Thüringen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil) 21

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)..... 21

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen nach Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr (nach PKV-Marktanteil)..... 22

Tabelle 8: Gesamtkosten-Index

Gewichteter „Kosten-Warenkorb“ niedergelassener Ärzte nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen (zusammengestellt aus Teilindizes)..... 27

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen nach Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen in Euro pro Jahr..... 28

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

Nominalwert-Analyse nach PKV-Marktanteil 31

Tabelle 11: (Un-)gleichverteilung von Mehrumsätzen

Altersadjustierte Realwert-Analyse 32

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten? 34

Tabelle 13: Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	35
Tabelle 14: Ranking nach Raumordnungsregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	36
Tabelle 15: Ranking nach Ankerregionen	
Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt.....	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung	48
Abbildung 2: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Großraum Jena und Landkreis Saalfeld-Rudolstadt im Vergleich.....	49
Abbildung 3: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Großraum Erfurt und Landkreis Wartburg im Vergleich.....	49
Abbildung 4: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Großraum Jena und Landkreis Kyffhäuserkreis im Vergleich	50
Abbildung 5: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Großraum Erfurt und Landkreis Saale-Orla im Vergleich.....	50
Abbildung 6: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt	
Stadt und Land im Vergleich.....	51
Abbildung 7: Realwert von Mehrumsätzen und Ärztedichte	
Stadt und Land im Vergleich.....	51
Abbildung 8: Privatversicherte in Thüringen	
Lebensumfeld nach Siedlungsstrukturen in Prozent	52

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 Ärztinnen- und Ärztemangel als „Gesicht“ nicht gleichwertiger Lebensverhältnisse zu begegnen. Der Ärztinnen- 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 41,2 Mrd. €. Als Teilmenge davon summieren sich die Mehrumsätze auf über 12,3 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 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.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. (2024), Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2024.

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 Thüringen vor.

Das Land Thüringen ist mit 16.200 Quadratkilometern und rund 2,1 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner relativ dünn besiedelt und relativ ländlich geprägt. Trotzdem gibt es in Thüringen auch relativ urbane Regionen und Universitätsstädte. Mit Blick auf diese strukturellen Unterschiede innerhalb des Bundeslandes ist mit dem Regionalatlas Thüringen ein Gesamtbild der geografischen Verteilung von auf Privatversicherte zurückgehende Umsätze und Mehrumsätze entstanden. Um regionale Verzerrungen zu vermeiden, wird im Regionalatlas Thüringen nicht nur auf eine Darstellung in absoluten (nominalen und realen) Euro-Beträgen, sondern auch auf Relationen zur Einwohnerzahl und Ärztezahlin in den jeweiligen Raumeinheiten zurückgegriffen. Das Ergebnis lässt zahlreiche Erkenntnisse darüber zu, wie viele Privatpatienten wo in Thüringen 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 Thüringen 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 Thüringen

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 140.000 privatversicherte Menschen die medizinische Infrastruktur in Thüringen. Damit sind in Thüringen rund 6,6 % der Bevölkerung privatversichert.²²

Die Privatversicherten in Thüringen lösen bei den medizinischen Leistungserbringern – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten, Apotheker etc. – Umsätze und Mehrumsätze aus. Die Umsätze lassen sich für ganz Thüringen auf 663 Mio. € 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 199 Mio. € jährlich.

Die medizinische Infrastruktur in Thüringen 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 10,28 % liegt. Entsprechendes gilt für die methodische Vorgehensweise in den Bundesländern und Regionen.

²² Bei einer Bevölkerung in Thüringen von 2,12 Mio. Menschen (Statistisches Bundesamt, Stand 2023) entspricht das einem Marktanteil von ca. 6,6 %.

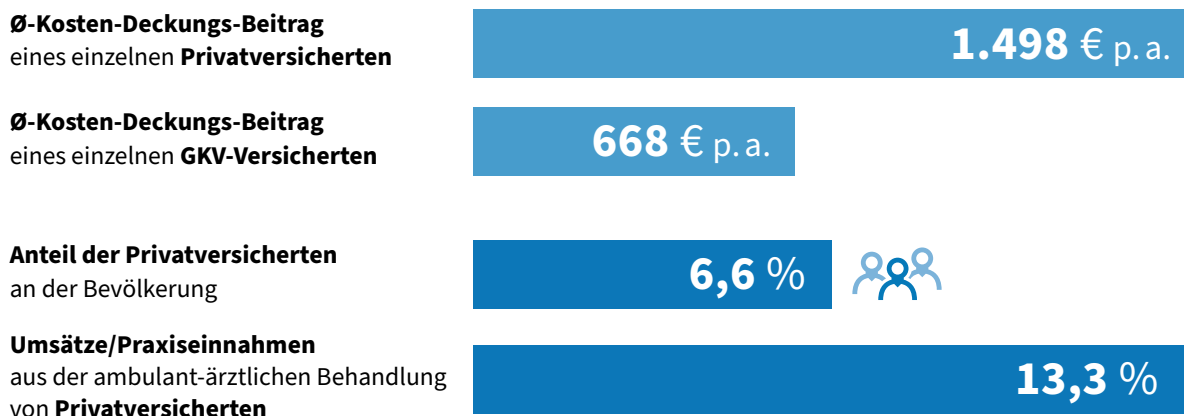
Thüringens verbleibenden Umsätze 511 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Umsatz je Einwohner/-in in Höhe von rund 241 €. Von den in Thüringen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Umsätzen lassen sich 210 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²³ zurückführen. Dabei entfällt ein herausragender 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 Thüringen 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 81.300 € (59.600 €) entstehen.^{24 25} Diese Umsatzgrößen lassen sich mit den erzielten Gesamtumsätzen der Ärztinnen und Ärzte in den Praxen und Versorgungseinheiten in Verbindung bringen. Im Durchschnitt erzielen in Thüringen Arztpraxen und ambulant-ärztliche Zentren 13,3 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Thüringen nur 6,6 % 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 1.498 € (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 2,24 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 Thüringen



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 Thüringen (2022) 2.579 ambulant niedergelassene beziehungsweise 3.519 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 209.711.183 € in Thüringen) / (Zahl der Privatversicherten: 8,7 Mio., davon 139.987 in Thüringen).

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 Thüringen ein Gesamtbetrag in Höhe von 175,5 Mio. € jährlich. Das entspricht einem Mehrumsatz je Einwohner/-in von rund 83 €. Von den in Thüringen rechnerisch nach PKV-Marktanteilen verbleibenden Mehrumsätzen lassen sich 112 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung²⁸ zurückführen. Für Thüringen hieße das, dass durch die medizinische Behandlung von Privatversicherten bei jedem ambulant niedergelassenen Arzt (ambulant tätigen Arzt) rechnerisch Mehrumsätze in Höhe von rund 43.300 € (31.800 €) p. a. entstehen.^{29 30} Mehrumsätze, die dem Gesundheitssystem in Thüringen ohne Privatversicherten nicht zur Verfügung stehen würden.

Tabelle 1: Thüringen

Ärztedichte, PKV-Marktanteil und Mehrumsätze

Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	166
PKV-Marktanteil	6,6%
(rechnerische) Einnahmen nach PKV-Marktanteil	
Umsätze (jährlich)	662,6 Mio. €
Mehrumsätze (jährlich)	199,0 Mio. €
<i>davon:</i>	
regional verbleibende Umsätze¹	
insgesamt (jährlich)	510,7 Mio. €
je Einwohner	241 €
regional verbleibende Mehrumsätze¹	
insgesamt (jährlich)	175,5 Mio. €
je Einwohner	83 €
regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	209,7 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt ²	81.300 € ²
je ambulant tätigem Arzt ²	59.600 € ²
regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung	
insgesamt (jährlich)	112,2 Mio. €
je ambulant niedergelassenem Arzt	43.300 € ²
je ambulant tätigem Arzt	31.800 € ²

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

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 Thüringen (2022) 2.579 ambulant niedergelassene beziehungsweise 3.519 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.

2.2 Kreisfreie Städte und Landkreise in Thüringen

Wie in ganz Deutschland gibt es im Land Thüringen sowohl wirtschaftlich stärkere als auch strukturschwächere Regionen. Demzufolge haben die überregionalen Zahlen zur Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung insbesondere für die strukturschwachen oder relativ ländlichen Regionen nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Eine Betrachtung nach kreisfreien Städten und Landkreisen stellt damit einen ersten wichtigen Schritt zur regionalen Differenzierung dar.

2.2.1 Strukturdaten

Thüringen unterteilt sich in 17 Landkreise und 5 kreisfreie Städte. Von diesen kreisfreien Städten und Landkreisen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2 als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), 4 als verstärkter Stadtkreis/Landkreis (Kreistyp 2), 4 als ländlicher Stadtkreis/Landkreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 12 als dünn besiedelter Stadtkreis/Landkreis (Kreistyp 4) eingeordnet.³¹ Der Landkreis Gotha ist mit rund 135.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der einwohnerstärkste Landkreis in Thüringen. Erfurt hat als kreisfreie Stadt mit rund 214.000 Menschen die meisten Einwohnerinnen und Einwohner. Folglich sind in der kreisfreien Stadt Erfurt mit 471 Ärztinnen und Ärzten die meisten Mediziner ambulant tätig. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Ärztedichte mit 265 (119) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der kreisfreien Stadt Jena (im Saale-Orla-Kreis) am höchsten (niedrigsten).

Tabelle 2: Strukturdaten

Kreisfreie Städte und Landkreise in Thüringen

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Thüringen	-	2,12 Mio.	3.519	2.579	166
Landkreis Altenburger Land	3	88.356	153	97	173
Landkreis Eichsfeld	3	99.463	149	124	150
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	213.692	471	355	220
Kreisfreie Stadt Gera	2	92.126	212	150	230
Landkreis Gotha	3	134.563	178	145	132
Landkreis Greiz	2	96.668	126	95	130
Landkreis Hildburghausen	4	62.656	87	61	139
Landkreis Ilm-Kreis	4	105.606	144	107	136
Kreisfreie Stadt Jena	1	110.731	293	226	265
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	73.522	93	68	126
Landkreis Nordhausen	4	82.456	128	101	155
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	82.816	130	95	157
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	79.632	95	76	119
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	102.139	137	109	134
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	124.241	175	129	141
Landkreis Sömmerda	4	69.107	88	67	127
Landkreis Sonneberg	4	57.044	83	64	146

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.

	Kreis- typ ¹	Ein- wohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Kreisfreie Stadt Suhl	4	36.395	72	42	198
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	101.698	173	114	170
Landkreis Wartburgkreis	4	159.937	244	159	153
Kreisfreie Stadt Weimar	2	65.098	171	106	263
Landkreis Weimarer Land	2	82.291	117	89	142

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.

2.2.2 Regional verbleibende Umsätze und Mehrumsätze

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

In Thüringen leben die meisten Privatversicherte in der kreisfreien Stadt Erfurt. Mit einem PKV-Marktanteil von 9,3 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Durchschnitt. Die wenigsten Privatversicherten leben dagegen mit 5,1 % im Landkreis Altenburger Land. Aus diesem nicht unterschrittenen Anteil von Privatpatienten entsteht in allen Regionen Thüringens ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Umsatz“, der einen jährlichen Betrag von 9,8 Mio. € (kreisfreie Stadt Suhl) beziehungsweise von 187 € je Einwohner/-in (Landkreis Altenburger Land) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 187 € bis 337 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Thüringen bei 241 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Thüringen	-	510,7 Mio. €	241 €
Landkreis Altenburger Land	3	16.513.708 €	187 €
Landkreis Eichsfeld	3	22.006.801 €	221 €
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	72.079.637 €	337 €
Kreisfreie Stadt Gera	2	18.759.143 €	204 €
Landkreis Gotha	3	32.721.393 €	243 €
Landkreis Greiz	2	25.943.008 €	268 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Landkreis Hildburghausen	4	13.285.176 €	212 €
Landkreis Ilm-Kreis	4	24.868.106 €	235 €
Kreisfreie Stadt Jena	1	26.325.535 €	238 €
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	14.558.993 €	198 €
Landkreis Nordhausen	4	16.081.452 €	195 €
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	23.969.166 €	289 €
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	15.863.411 €	199 €
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	22.286.046 €	218 €
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	28.092.812 €	226 €
Landkreis Sömmerda	4	16.073.801 €	233 €
Landkreis Sonneberg	4	11.831.572 €	207 €
Kreisfreie Stadt Suhl	4	9.815.653 €	270 €
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	21.589.846 €	212 €
Landkreis Wartburgkreis	4	33.172.776 €	207 €
Kreisfreie Stadt Weimar	2	18.212.129 €	280 €
Landkreis Weimarer Land	2	26.623.907 €	324 €

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 Thüringen entsteht in allen Regionen bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern ein Mehrumsatz, der einen jährlichen Betrag von 3,4 Mio. € (kreisfreie Stadt Suhl) beziehungsweise von 64 € je Einwohner/-in (Landkreis Altenburger Land) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 3b nachzuvollziehende „Mehrumsatzspanne“ von 64 € bis 116 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei Mehrumsätzen von 82 € je Einwohner/-in.

Tabelle 3b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Thüringen	-	174,9 Mio. €	82 €
Landkreis Altenburger Land	3	5.655.072 €	64 €
Landkreis Eichsfeld	3	7.536.166 €	76 €
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	24.683.464 €	116 €
Kreisfreie Stadt Gera	2	6.424.015 €	70 €
Landkreis Gotha	3	11.205.347 €	83 €
Landkreis Greiz	2	8.884.108 €	92 €
Landkreis Hildburghausen	4	4.549.470 €	73 €
Landkreis Ilm-Kreis	4	8.516.011 €	81 €
Kreisfreie Stadt Jena	1	9.015.104 €	81 €
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	4.985.685 €	68 €

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Landkreis Nordhausen	4	5.507.047 €	67 €
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	8.208.172 €	99 €
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	5.432.379 €	68 €
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	7.631.792 €	75 €
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	9.620.302 €	77 €
Landkreis Sömmerda	4	5.504.427 €	80 €
Landkreis Sonneberg	4	4.051.688 €	71 €
Kreisfreie Stadt Suhl	4	3.361.342 €	92 €
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	7.393.381 €	73 €
Landkreis Wartburgkreis	4	11.359.921 €	71 €
Kreisfreie Stadt Weimar	2	6.236.691 €	96 €
Landkreis Weimarer Land	2	9.117.280 €	111 €

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 Thüringen 209,7 Mio. € (112,2 Mio. €) 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 209,7 Mio. € profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4a). In der Gesamtbilanz wird in Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Umsatz“ von 47.835 € (kreisfreie Stadt Jena) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 47.105 € und 122.846 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 81.300 €.

Tabelle 4a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

	Kreistyp ¹	Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung		
		insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Thüringen	-	209,7 Mio €	59.600 €²	81.300 €²
Landkreis Altenburger Land	3	6.781.447 €	44.323 €	69.912 €
Landkreis Eichsfeld	3	9.037.217 €	60.652 €	72.881 €
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	29.599.909 €	62.845 €	83.380 €
Kreisfreie Stadt Gera	2	7.703.548 €	36.337 €	51.357 €
Landkreis Gotha	3	13.437.224 €	75.490 €	92.671 €

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung				
	Kreistyp ¹	insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Greiz	2	10.653.642 €	84.553 €	112.144 €
Landkreis Hildburghausen	4	5.455.632 €	62.708 €	89.437 €
Landkreis Ilm-Kreis	4	10.212.228 €	70.918 €	95.441 €
Kreisfreie Stadt Jena	1	10.810.729 €	36.897 €	47.835 €
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	5.978.732 €	64.287 €	87.923 €
Landkreis Nordhausen	4	6.603.939 €	51.593 €	65.386 €
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	9.843.073 €	75.716 €	103.611 €
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	6.514.399 €	68.573 €	85.716 €
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	9.151.890 €	66.802 €	83.962 €
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	11.536.471 €	65.923 €	89.430 €
Landkreis Sömmerda	4	6.600.797 €	75.009 €	98.519 €
Landkreis Sonneberg	4	4.858.702 €	58.539 €	75.917 €
Kreisfreie Stadt Suhl	4	4.030.853 €	55.984 €	95.973 €
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	8.865.992 €	51.249 €	77.772 €
Landkreis Wartburgkreis	4	13.622.587 €	55.830 €	85.677 €
Kreisfreie Stadt Weimar	2	7.478.913 €	43.736 €	70.556 €
Landkreis Weimarer Land	2	10.933.257 €	93.447 €	122.846 €

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 Thüringen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 111,8 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Regionen (Tabelle 4b). In der Gesamtbilanz wird in Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 25.495 € (kreisfreie Stadt Jena) nicht unterschritten. Damit ergibt sich je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 25.495 € und 65.474 €. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei rund 43.300 €.

Tabelle 4b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

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

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung				
	Kreistyp ¹	insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Thüringen	-	111,8 Mio. €	31.800 €²	43.300 €²
Landkreis Altenburger Land	3	3.614.345 €	23.623 €	37.261 €
Landkreis Eichsfeld	3	4.816.615 €	32.326 €	38.844 €
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	15.776.025 €	33.495 €	44.440 €
Kreisfreie Stadt Gera	2	4.105.802 €	19.367 €	27.372 €
Landkreis Gotha	3	7.161.711 €	40.234 €	49.391 €

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung				
	Kreistyp ¹	insgesamt	je ambulant tätigem Arzt	je ambulant niedergel. Arzt
Landkreis Greiz	2	5.678.130 €	45.065 €	59.770 €
Landkreis Hildburghausen	4	2.907.718 €	33.422 €	47.668 €
Landkreis Ilm-Kreis	4	5.442.867 €	37.798 €	50.868 €
Kreisfreie Stadt Jena	1	5.761.853 €	19.665 €	25.495 €
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	3.186.518 €	34.264 €	46.861 €
Landkreis Nordhausen	4	3.519.737 €	27.498 €	34.849 €
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	5.246.116 €	40.355 €	55.222 €
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	3.472.015 €	36.548 €	45.684 €
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	4.877.733 €	35.604 €	44.750 €
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	6.148.656 €	35.135 €	47.664 €
Landkreis Sömmerda	4	3.518.063 €	39.978 €	52.508 €
Landkreis Sonneberg	4	2.589.569 €	31.200 €	40.462 €
Kreisfreie Stadt Suhl	4	2.148.346 €	29.838 €	51.151 €
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	4.725.356 €	27.314 €	41.450 €
Landkreis Wartburgkreis	4	7.260.505 €	29.756 €	45.664 €
Kreisfreie Stadt Weimar	2	3.986.077 €	23.310 €	37.605 €
Landkreis Weimarer Land	2	5.827.158 €	49.805 €	65.474 €

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 Thüringen

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 Weimar wird vollständig vom Landkreis Weimarer Land umschlossen. Insgesamt sind beide Verwaltungseinheiten auf relativ kleinem Raum soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der kreisfreien Stadt Weimar mit 263 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen erheblich über der Ärztedichte im Weimarer Land liegt (142 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 Gesamtbevölkerung. Der Tatbestand, dass im Landkreis Weimarer Land mit einem PKV-Marktanteil von 8,9 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der Stadt Weimar selbst (7,7 %), 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 Weimar (des Landkreises Weimarer Land) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende

Ergebnis: Im Landkreis Weimarer Land entfallen auf jedem ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 65.474 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der kreisfreien Stadt Weimar, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 37.605 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Weimar 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 oder eines städtischen „Speckgürtels“ systematisch die medizinische Infrastruktur einer geografisch sehr nahen kreisfreien Stadt nutzen. Um diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das ländliche oder städtische Umland zu berücksichtigen, fasst eine Raumordnungsregion strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.

2.3.1 Strukturdaten

Von den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland liegen 4 Raumordnungsregionen in Thüringen. Davon werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zwei Raumordnungsregionen als ländliche Region mit Verstädterungstendenzen (Regionstyp 2) und 2 als ländliche Region mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3) definiert. Somit gibt es im ländlich geprägten Thüringen keine städtische Raumordnungsregion (Regionstyp 1).³² Die einwohnerstärkste Raumordnungsregion ist Mittelthüringen. In der Raumordnungsregion Mittelthüringen (Regionstyp 2) – zusammengesetzt aus den kreisfreien Städten Erfurt und Weimar sowie vier Landkreisen – leben rund 670.000 Menschen. Die ländliche Raumordnungsregion Nordthüringen (Regionstyp 3) hat dagegen nur rund 357.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Region Nordthüringen fasst die Landkreise Eichsfeld, Kyffhäuserkreis, Nordhausen und den Unstrut-Hainich-Kreis zusammen.

Tabelle 5: Strukturdaten

Raumordnungsregionen in Thüringen

	Regions- typ ¹	Einwohner ²	Ambulant tätige Ärzte ³	Ambulant niedergel. Ärzte ³	Ärzte- dichte ⁴
Thüringen	-	2,12 Mio.	3.519	2.579	166
Mittelthüringen	2	670.357	1.169	869	174
Nordthüringen	3	357.139	543	407	152
Ostthüringen	2	652.468	1.146	848	176
Südthüringen	3	440.273	661	455	150

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

- 1 Klassifizierung nach BBSR, d. h. 1 = Städtische Region, 2 = ländliche Region mit Verstärkeransätzen, 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 176 (150) ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen in der Raumordnungsregion Ostthüringen (Südthüringen) 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 265 (kreisfreie

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.

Stadt Jena) und 119 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen (Landkreis Saale-Orla-Kreis), schrumpft die Variationsweite im Konzept der Raumordnungsregionen auf 150 bis 176 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.

In Thüringen leben anteilig die meisten Privatversicherten in der Raumordnungsregion Mittelthüringen (Regionstyp 1). Mit einem PKV-Marktanteil von 7,8 % liegt der Anteil der Privatversicherten im Verhältnis zur Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt. In ländlichen Raumordnungsregionen (Regionstyp 3) sind zwischen 5,7 % und 6,0 % der Bevölkerung privatversichert. Damit gibt es sowohl in städtischen als auch ländlicheren Raumordnungsregionen einen relevanten Anteil von Privatversicherten. 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 208 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordthüringen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Thüringen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6a nachzuvollziehende „Umsatzspanne“ von 208 € bis zu 284 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [187 € bis 337 €] ist die „Umsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei 241 € je Einwohner/-in.

Tabelle 6a: Nominalwert von Umsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Umsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Thüringen	-	510,7 Mio. €	241 €
Mittelthüringen	2	190.578.972 €	284 €
Nordthüringen	3	74.237.091 €	208 €
Ostthüringen	2	149.660.017 €	229 €
Südthüringen	3	96.197.989 €	218 €

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 Thüringen dar, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe. In den Raumordnungsregionen Thüringens entsteht ein bei ambulanten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Apothekern verbleibender „Sockel-Mehrumsatz“, der einen Betrag von 71 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordthüringen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Thüringen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile, eine in Tabelle 6b nachzuvollziehende „Mehrumsatzspanne“ von 71 € bis zu 97 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [64 € bis 116 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ damit geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei 82 €.

Tabelle 6b: Nominalwert von Mehrumsätzen je Einwohner

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

	Regionstyp ²	Regional verbleibende Mehrumsätze	
		insgesamt	je Einwohner
Thüringen	-	174,9 Mio. €	82 €
Mittelthüringen	2	65.263.220 €	97 €
Nordthüringen	3	25.422.278 €	71 €
Ostthüringen	2	51.250.641 €	79 €
Südthüringen	3	32.942.724 €	75 €

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 Verstädterungsansätzen, 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 Thüringen auf 209,7 Mio. € p. a. Ein ambulanter „Sockel-Umsatz“ von 72.475 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Ostthüringen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Umsatzspanne“ zwischen 72.475 € und 90.060 € (Raumordnungsregion Mittelthüringen). Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 47.105 € und 122.846 €] ist die „Umsatzspanne“ je niedergelassener Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit erheblich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei rund 81.300 €.

Tabelle 7a: Nominalwert von Umsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Umsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen 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
Thüringen	-	209,7 Mio. €	59.600 €²	81.300 €²
Mittelthüringen	2	78.262.328 €	66.948 €	90.060 €
Nordthüringen	3	30.485.880 €	56.143 €	74.904 €
Ostthüringen	2	61.458.729 €	53.629 €	72.475 €
Südthüringen	3	39.504.246 €	59.764 €	86.823 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Die Größen je ambulant 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 Thüringen entsteht in allen Regionen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Mehrumsatz in Höhe von 111,8 Mio. €. Davon profitieren sowohl städtische als auch ländliche Raumordnungsregionen (Tabelle 7b). Ein ambulanter „Sockel-Mehrumsatz“ von 38.627 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Ostthüringen) wird nicht unterschritten. Damit ergibt sich für Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 38.627 € und 48.000 €. Im Vergleich zur von „Stadt-Umland-Verzerrungen“ geprägten Kreis- und Stadtanalyse [zwischen 25.495 € und 65.474 €] ist die „Mehrumsatzspanne“ je niedergelassenen Ärztin oder niedergelassenem Arzt damit deutlich geschrumpft. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei rund 43.300 €.

Tabelle 7b: Nominalwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen 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
Thüringen	-	111,8 Mio. €	31.800 €²	43.300 €²
Mittelthüringen	2	41.711.900 €	35.682 €	48.000 €
Nordthüringen	3	16.248.226 €	29.923 €	39.922 €
Ostthüringen	2	32.755.994 €	28.583 €	38.627 €
Südthüringen	3	21.054.794 €	31.853 €	46.274 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

2 Die Größen je ambulant 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 Thüringen bei 46,72 Jahren.³⁵ Mit knapp über 51,21 Jahren sind die Privatversicherten in der kreisfreien Stadt Suhl am ältesten. In der kreisfreien Stadt Jena leben mit durchschnittlich 42,69 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

³³ PKV-Kopfschadensstatistik.

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

³⁵ PKV-Verbandsstatistik.

Privatversicherten in einer Region im Durchschnitt sind, desto mehr regional verbleibende Mehrumsätze je Privatversicherten fallen an. Ein Zusammenhang, der bei der regionalen Altersadjustierung der Privatversicherten und der von ihnen ausgelösten Mehrumsätze nicht linear, sondern gemäß dem altersabhängigen Kopfschadenprofil der Privatversicherten der Ausgabenrealität entsprechend berücksichtigt wird.

Bei der Betrachtung von regionalen Mehrumsätzen legt die Berücksichtigung von regionalen Altersstrukturen der Privatversicherten offen, dass die in Abschnitt 2 ausgewiesenen Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen in relativ ländlichen oder strukturschwachen Regionen teils unterschätzt worden sind. So sind zum Beispiel die in der kreisfreien Stadt Suhl regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteilen auf 92 € je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in der kreisfreien Stadt Suhl aber bei altersadjustierten 108 € je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Suhl altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von 59.746 € an. Damit liegen die altersadjustierten Mehrumsätze bis zu 17 % über den anfänglich ermittelten Mehrumsätzen nach PKV-Marktanteilen [kreisfreie Stadt Suhl: 51.151 €].

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 Erfurt regional verbleibenden Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil auf 116 € je Einwohner/-in und Jahr quantifiziert worden. In der Realität liegen die Mehrumsätze in Erfurt aber bei altersadjustierten 106 € je Einwohner/-in. Analoges gilt für regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten Versorgung. Je ambulant niedergelassenem Arzt fallen in der kreisfreien Stadt Jena nicht 44.440 €, sondern altersadjustierte Mehrumsätze in Höhe von nur 41.513 € 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

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

Instandhaltung, Fremdkapitalzinsen sowie Kosten für die Nutzung externer Infrastruktur und sonstige Aufwendungen.

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 quasieinheitlich sind und (b) erhebliche regionale Kostenunterschiede aufweisen. In erstere Einordnung fallen zum Beispiel Versicherungsbeiträge, Gebühren oder Fremdkapitalzinsen. Praxismieten, Aufwendungen für Personal oder Abschreibungskosten für eine Praxisübernahme variieren dagegen regional deutlich. Für die wertbereinigte Auswertung der regionalen Bedeutung der von Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze gehen die skizzierten Kostenarten als Teilindex mit folgenden Gewichten in den hier zu entwickelnden regionalen Gesamtkosten-Index ein:

- › **Regional abweichende Personalkosten mit 55 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 55,0 % der Praxisaufwendungen auf Personalkosten entfallen. Aufwendungen für das Praxispersonal beinhalten die Gehälter für sowohl ärztliches als auch nicht-ärztliches Personal sowie angestelltes und nicht-angestelltes Personal.³⁷
- › **Regional abweichende Praxismieten/Mieten/Mietwerte mit 22 %:** Dem Zi-Praxis-Panel (2020) ist zu entnehmen, dass 11,4 % der ambulanten Praxisaufwendungen auf Mietzahlungen entfallen.³⁸ Nach Auskunft des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist in diesem Anteil ausdrücklich nicht der Mietwert von Praxisräumen im Eigentum der Praxisinhaber enthalten. Weil es bei den 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 Belegkrankenhäusern sowie ähnliche Zahlungen im Rahmen der praxisbedingten Leistungserbringung.
- › **Praxiskosten und -aufwendungen, die deutschlandweit einheitlich oder quasieinheitlich sind, mit 15 %:** Als Residualgröße fallen in die Kategorie regional nicht abweichender Kosten der niedergelassenen 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

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.

Kostenarten vor. Basisdaten von Empirica (2021) lassen sich zum Beispiel je Landkreis und kreisfreie Stadt regional durchschnittliche Mietpreise zwischen 5,00 €/m² (Landkreis Greiz/Kreistyp 2) und 9,12 €/m² (kreisfreie Stadt Jena/Kreistyp 1) entnehmen.⁴¹ Regionale Lohn- und Gehaltsunterschiede wiederum veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit (2021). Der Bundesagentur für Arbeit zufolge liegen die Bruttoarbeitsentgelte für sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Thüringen zwischen 2.448 € (Landkreis Saale-Orla/Kreistyp 4) und 3.404 € (Kreisfreie Stadt Jena/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 Thüringen entsprechen die Vergleichsgrößen in den jeweiligen Kostenarten dem Durchschnitt – und zwar nicht dem Bundesdurchschnitt, sondern dem Landesdurchschnitt von Thüringen. 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 Praxisräumen anmieten. Eine Anpassungsoption, die allerdings stets allen Mietern von Immobilien auf dem Land und in der Stadt (in alle Richtungen) zur Verfügung steht. Es liegen in diesem Zusammenhang keine empirischen Erkenntnisse vor, dass sich niedergelassene Praxisinhaber öfter als alle anderen Durchschnittsmieter räumlich einschränkend an Miethöchstpreise anpassen.

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

44 Der im PKV-Atlas über mehrere Berufsgruppen hinaus verankerte Kosten-Index für Lohn & Gehalt ist sachlich angezeigt, weil bei niedergelassenen 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, Bezugszeitraum 2018, S. 1 und Abbildung 1. Die (regionalen) Ergebnisse der ZI-Befragung lassen sich mit einem Blick in einen großen, regional differenzierenden Online-Gehaltsvergleichsrechner für medizinische Fachangestellte nach Bundesländern bestätigen (vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte, Stand 28.6.2024). Ein derartiger regionaler Online-Gehaltsvergleich zeigt darüber hinaus auch, dass die regionalen Unterschiede noch weit über die regionalen Versorgungsräume Ost, West, Süd und Nord hinausgehen. So liegen z.B. innerhalb von Thüringen die Gehälter medizinischer Fachangestellter (Mittelwert) in der „teuersten“ Region 29,7 % über den Gehältern in der „preiswertesten“ Region (vgl. www.gehaltsvergleich.com/gehalt/Medizinischer-Fachangestellter-Medizinische-Fachangestellte/Thüringen, Stand 28.6.2024).

45 Vgl. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (VGRdL), laufende Veröffentlichungen der Länder unter: <https://www.statistikportal.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%
Thüringen	-	100,0	100,0	100,0	100	100,0
Mittelthüringen	2	103,4	109,2	108,8	100	104,6
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	106,8	118,6	133,1	100	110,5
Landkreis Gotha	3	97,4	94,4	93,2	100	96,8
Landkreis Ilm-Kreis	4	101,1	101,1	96,5	100	100,6
Landkreis Sömmerda	4	95,1	94,4	84,9	100	94,8
Kreisfreie Stadt Weimar	2	113,0	121,7	101,2	100	112,0
Landkreis Weimarer Land	2	94,4	96,4	79,2	100	94,4
Nordthüringen	3	95,1	88,7	82,5	100	93,4
Landkreis Eichsfeld	3	95,2	94,0	84,8	100	94,8
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	97,1	86,5	73,8	100	93,4
Landkreis Nordhausen	4	99,1	86,5	86,2	100	95,4
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	91,0	86,8	82,4	100	90,7
Ostthüringen	2	100,5	100,5	101,2	100	100,5
Landkreis Altenburger Land	3	89,7	82,3	72,8	100	88,2
Kreisfreie Stadt Gera	2	94,4	82,7	95,4	100	92,7
Landkreis Greiz	2	90,2	78,6	79,7	100	88,3
Kreisfreie Stadt Jena	1	123,8	143,4	147,6	100	126,4
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	91,4	90,9	77,5	100	91,4
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	89,0	89,6	98,0	100	91,5
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	98,4	93,6	87,5	100	96,7
Südthüringen	3	97,0	92,2	96,7	100	96,4
Landkreis Hildburghausen	4	92,1	90,3	74,0	100	91,4
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	92,7	94,4	91,1	100	94,0
Landkreis Sonneberg	4	92,3	90,3	91,0	100	92,9
Kreisfreie Stadt Suhl	4	100,0	95,9	113,1	100	100,2
Landkreis Wartburgkreis	4	102,6	90,8	105,9	100	99,9

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 Verstärkungsansätzen, 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. Im Einzelnen:

Tabelle 9: Realwert von Mehrumsätzen je ambulant niedergelassenem Arzt

Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Thüringen 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 ambulant tätigem Arzt	Realwert* je ambulant niedergel. Arzt	*) zum Vergleich: Nominalwert
Mittelthüringen	2	39.072.882 €	33.424 €	44.963 €	48.000 €
Kreisfreie Stadt Erfurt	1	13.338.904 €	28.320 €	37.574 €	44.440 €
Landkreis Gotha	3	7.261.051 €	40.792 €	50.076 €	49.391 €
Landkreis Ilm-Kreis	4	5.301.104 €	36.813 €	49.543 €	50.868 €
Landkreis Sömmerda	4	3.668.132 €	41.683 €	54.748 €	52.508 €
Kreisfreie Stadt Weimar	2	3.453.607 €	20.197 €	32.581 €	37.605 €
Landkreis Weimarer Land	2	6.050.085 €	51.710 €	67.979 €	65.474 €
Nordthüringen	3	16.891.055 €	31.107 €	41.501 €	39.922 €
Landkreis Eichsfeld	3	4.662.566 €	31.292 €	37.601 €	38.844 €
Landkreis Kyffhäuserkreis	4	3.459.287 €	37.197 €	50.872 €	46.861 €

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 Nordhausen	4	3.714.087 €	29.016 €	36.773 €	34.849 €
Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	5.055.115 €	29.220 €	44.343 €	41.450 €
Ostthüringen	2	35.913.957 €	31.339 €	42.351 €	38.627 €
Landkreis Altenburger Land	3	4.524.210 €	29.570 €	46.641 €	37.261 €
Kreisfreie Stadt Gera	2	4.731.481 €	22.318 €	31.543 €	27.372 €
Landkreis Greiz	2	6.947.741 €	55.141 €	73.134 €	59.770 €
Kreisfreie Stadt Jena	1	4.180.204 €	14.267 €	18.497 €	25.495 €
Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	6.014.213 €	46.263 €	63.308 €	55.222 €
Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	4.020.488 €	42.321 €	52.901 €	45.684 €
Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	5.495.620 €	40.114 €	50.419 €	44.750 €
Südthüringen	3	22.936.656 €	34.700 €	50.410 €	46.274 €
Landkreis Hildburghausen	4	3.348.992 €	38.494 €	54.902 €	47.668 €
Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	6.687.748 €	38.216 €	51.843 €	47.664 €
Landkreis Sonneberg	4	2.908.551 €	35.043 €	45.446 €	40.462 €
Kreisfreie Stadt Suhl	4	2.504.759 €	34.788 €	59.637 €	51.151 €
Landkreis Wartburgkreis	4	11.543.061 €	30.236 €	46.400 €	45.664 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

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

Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind z. B. die im Landkreis Hildburghausen (Landkreis Saale-Orla-Kreis) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 47.668 € (45.684 €) altersadjustiert real 54.902 € (52.901 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region – wenn die Altersstrukturen der Privatversicherten und der ärztliche „Kosten-Warenkorb“ der Mehrumsätze mit in die Betrachtungen einbezogen werden – im altersbereinigten Realwert-Vergleich gut da.

In den verstärkerten Regionen Thüringens zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen unter denen in der Nominalwert-Analyse. Lagen zum Beispiel in der kreisfreien Stadt Weimar (kreisfreien Stadt Erfurt) in der Nominalwert-Analyse die ambulanten Mehrumsätze bei 37.605 € (44.440 €) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und preisbereinigten Realwerte der Mehrumsätze eine „abgesenkte“ Größenordnung von 32.581 € (37.574 €) je ambulant niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt an. Damit fallen die kreisfreien Städte Weimar und Erfurt 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 der kreisfreien Stadt Suhl einen jährlichen Realwert von 2,5 Mio. € beziehungsweise in der Raumordnungsregion Nordthüringen einen Realwert von 16,9 Mio. € nicht unterschreitet. Je ambulant niedergelassenem Arzt stehen damit für die medizinische Infrastruktur jährliche Mehrumsätze im Realwert von mindestens 18.496 € (kreisfreie Stadt Jena) beziehungsweise 41.501 € (Raumordnungsregion Nordthüringen) zur Verfügung. Im zusammenfassenden Ergebnis verschiebt sich durch die Realwert-Analyse die nominale Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze in Thüringen 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. So gibt der Regionalatlas Thüringen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte für den Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung eine Spann- oder Variationsweite von 4,2 Prozentpunkten an, weil zum Beispiel die kreisfreie Stadt Erfurt mit einem PKV-Marktanteil von 9,3 % von einem PKV-Marktanteil von rund 5,1 % im Altenburger Land kontrastiert wird. 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 145, die Standardabweichung 47, das heißt: In den Landkreisen oder kreisfreien Städten in Thüringen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 47 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 166 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 1,1 Prozentpunkte vom Mittelwert (6,4 %) 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 52 €. Im Durchschnitt weichen die Beträge um 14 € vom Mittelwert 81 € ab.⁵⁰ Eine vergleichbar höhere (relative) Standardabweichung findet sich bei den Mehrumsätzen je

48 Die durchschnittliche Abweichung von 47 vom Mittelwert 166 entspricht rund 28 %.

49 Die durchschnittliche Abweichung von 1,1 %-Punkten vom Mittelwert 6,4 % entspricht rund 17 %.

50 Die durchschnittliche Abweichung von 14 € vom Mittelwert 81 € entspricht rund 17 %.

ambulant niedergelassenem Arzt. Mit einer Standardabweichung von 10.896 € weichen diese im Durchschnitt um rund 11.000 € vom Mittelwert in Höhe von 44.913 € 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

Thüringen	\bar{x} [Mittelwert]	$V=V_{\max}-V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Einwohner	166	145	47
PKV-Marktanteil	6,4 %	4,1 %-Punkte	1,1 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einwohner	81 €	52 €	14 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	44.913 €	40.368 €	10.896 €
Raumordnungsregionen			
Ärztedichte – ambulant tätige Ärzte je 100.000 Ew.	163	26	14
PKV-Marktanteil	6,4 %	2,1 %-Punkte	0,9 %-Punkte
Regional verbleibende Mehrumsätze je Einw.	80 €	26 €	12 €
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	43.206 €	9.373 €	4.624 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

Im Konzept der Raumordnungsregionen streuen alle Beobachtungsgrößen 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 26, die entsprechende Standardabweichung 14, das heißt: In den Raumordnungsregionen weicht im Durchschnitt die Ärztedichte (ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) um 14 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen vom Mittelwert 163 ab.⁵² Das ist deutlich 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 4.624 € vom Mittelwert 43.206 € 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 10.896 € vom Mittelwert 44.913 € entspricht rund 24 %.

52 Die durchschnittliche Abweichung von 14 vom Mittelwert 163 entspricht rund 9 %.

53 Die durchschnittliche Abweichung von 4.624 € vom Mittelwert 43.206 € entspricht rund 11 %.

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

Thüringen	\bar{v} [Mittelwert]	$V = V_{\max} - V_{\min}$ [Variationsweite]	Δ [Standardabw.]
Landkreise & kreisfreie Städte			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	47.876 €	54.638 €	13.763 €
Raumordnungsregionen			
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung je ambulant niedergelassenem Arzt	44.807 €	8.909 €	4.016 €

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 54.638 € (8.909 €), die entsprechende Standardabweichung 13.763 € (4.015 €), das heißt: In den Städten und Landkreisen (Raumordnungsregionen) weicht im Durchschnitt – je ambulant niedergelassenem Arzt – der Realwert des Mehrumsatzes um 13.763 € (4.015 €) vom Mittelwert 47.876 € (44.807 €) ab.⁵⁴

⁵⁴ Auf der Ebene der Städte und Landkreise (Raumordnungsregionen) entspricht die durchschnittliche Abweichung von um 13.763 € (4.015 €) vom Mittelwert 47.876 € (44.807 €) rund 29 % (9 %).

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 Thüringen 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 6,5 % beziehungsweise 5,9 %. In kreisfreien Großstädten (Kreistyp 1) und verstärkten Kreisen (Kreistyp 2) leben mit 7,9 % und 7,4 % 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 Thüringen 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 weisen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt leicht höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen. Auf der Ebene der Raumordnungsregionen lassen sich dagegen keine großen Unterschiede zwischen Regionen mit Verstärkungstendenzen und ländlichen Regionen finden. Die Raumordnungsregionen 2 & 3 erreichen jeweils Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt zwischen 43.314 € und 43.098 € jährlich. 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 dicht besiedelten Großstädten als Profiteure der Privatversicherten wird noch weitergehender (und deutlicher) als Vorurteil aufgedeckt, wenn die regionalen Alters- und ärztlichen Kostenunterschiede der Mehrumsätze mit in die Überlegungen einbezogen werden. Privatversicherte hinterlassen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt – im Trend – real umso mehr (weniger) Mehrumsätze je ländlicher (städtischer) das Lebensumfeld ist. So sind in den sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 4) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt mit 49.401 € deutlich höherer Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Kreistyps 1 (28.035 €). Ein Befund, der sich auch beim Übergang von Kreistypen auf Raumordnungsregionstypen zeigt. Die Versorgungsstrukturen der ländlichen Raumordnungsregionen (Regionstyp 3) profitieren von Privatversicherten im Durchschnitt mehr als die verstärkten Regionen (Typ 2). Stets gilt im Trend: Je ländlicher Thüringen wird, desto höher die (realen) Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt.

Die Ergebnisse der Nominal- und Realwertanalyse lassen sich erklären: Zunächst einmal sind die Privatversicherten in Thüringen relativ gleich zwischen städtischen und ländlichen Regionen verteilt. Darüber hinaus existieren auch in Thüringen 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 Thüringen 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, wirtschaftsstarke Städten nützlich. Die Ergebnisse im Überblick:

Tabelle 12: Stadt-Land-Analyse

Welche Regionen profitieren von Privatversicherten?

Thüringen	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	7,9 %	7,4 %	6,5 %	5,9 %	-	7,0 %	5,8 %
Nominalwert der Mehrumsätze nach PKV-Marktanteil							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambul. ärztlichen Versorgung je ambulant niedergel. Arzt	34.967 €	47.555 €	45.180 €	45.549 €	-	43.314 €	43.098 €
Realwert (altersadjustierter) Mehrumsätze							
Regional verbleibende Mehrumsätze in der ambul. ärztlichen Versorgung je ambulant niedergel. Arzt	28.035 €	51.309 €	49.407 €	49.401 €	-	43.657 €	45.956 €

Quelle: PKV-Deutschlandatlas

5 Rangordnungen und Rankings

Die Ergebnisse im PKV-Regionalatlas Thüringen 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 in der Regel oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien

Städten liegen. Die kreisfreie Stadt Suhl stellt in diesem Zusammenhang eine Ausnahme dar. Die Universitätsstädte Erfurt und Jena sind am Schluss des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Hildburghausen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 54.902 € anfallen (Rang 5 von 22), sind es in den Arztpraxen der Universitätsstadt Erfurt (Rang 18 von 22) „nur“ 37.574 € jährlich. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass das Abschneiden der kreisfreien Städte auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der kreisfreien 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 verstädterten Landkreisen Greiz (Kreistyp 2) und Weimar Land (Kreistyp 2). Aufgrund der über dem Landesdurchschnitt liegenden Zahl an Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (130 bis 142 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 73.134 € und 67.979 € (Realwert) jährlich an. Das Schlusslicht bildet die kreisfreie Stadt Jena (Kreistyp 1). Hier treffen durchschnittlich viele Privatversicherte auf sehr viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (265 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 Greiz	2	73.134 €	130
2	Landkreis Weimarer Land	2	67.979 €	142
3	Landkreis Saale-Holzland-Kreis	3	63.308 €	157
4	Kreisfreie Stadt Suhl	4	59.637 €	198
5	Landkreis Hildburghausen	4	54.902 €	139
6	Landkreis Sömmerda	4	54.748 €	127
7	Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	52.901 €	119
8	Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	51.843 €	141
9	Landkreis Kyffhäuserkreis	4	50.872 €	126
10	Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	50.419 €	134
11	Landkreis Gotha	3	50.076 €	132
12	Landkreis Ilm-Kreis	4	49.543 €	136
13	Landkreis Altenburger Land	3	46.641 €	173
14	Landkreis Wartburgkreis	4	46.400 €	153
15	Landkreis Sonneberg	4	45.446 €	146
16	Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis	4	44.343 €	170
17	Landkreis Eichsfeld	3	37.601 €	150
18	Kreisfreie Stadt Erfurt	1	37.574 €	220
19	Landkreis Nordhausen	4	36.773 €	155
20	Kreisfreie Stadt Weimar	2	32.581 €	263
21	Kreisfreie Stadt Gera	2	31.543 €	230
22	Kreisfreie Stadt Jena	1	18.497 €	265

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 oder eines städtischen „Speckgürtels“ (mit relativ vielen Privatversicherten) systematisch die medizinische Infrastruktur der geografisch nahen kreisfreien Stadt (mit relativ vielen Ärztinnen und Ärzten) nutzen. Berücksichtigt man diese Mitversorgungsfunktion der Städte für das Umland, zeigt sich, dass der Realwert des Mehrumsatzes in der ländlichen Raumordnungsregion Südthüringen (Rang 1 von 4) erheblich über den Mehrumsätzen der dichter besiedelten Raumordnungsregionen Mittel- und Ostthüringen (Rang 2/3 von 4) liegt. Rechnerisch entstehen in der Raumordnungsregion Südthüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von 50.410 €. Hier treffen die Privatversicherten auf relativ wenige ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (150 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ niedrigem 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	Südthüringen	3	50.410 €	150
2	Mittelthüringen	2	44.963 €	174
3	Ostthüringen	2	42.351 €	176
4	Nordthüringen	3	41.501 €	152

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 Thüringen 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 Thüringen insgesamt 11 (zusammengefasste) Ankerregionen bilden. Hinzu kommen 9 Landkreise, die aufgrund ihrer geografischen Lage ihre „eigenen“ Ankerregionen bilden. Dabei zeigt das Gesamtbild der Ankerregionen, dass im Trend ländliche Ankerregionen (Kreistyp 3 & 4) relativ weit oben im Ranking platziert sind. Ankerregionen rund um kreisfreie Städte (Kreistyp 1) finden sich dagegen ausschließlich im unteren Drittel des Tableaus.

Angeführt wird das Ranking von sehr ländlichen Ankerregionen. Neben den Ankerregionen rund um die kreisfreie Stadt Suhl (Kreistyp 4) befinden sich die Ankerregion Saale-Orla-Kreis (Kreistyp 4) an der Spitze des Tableaus. Zu den Schlusslichtern gehört der Landkreis Nordhausen und die dichter besiedelten Ankerregionen rund um Jena (Kreistyp 1+2/1+3). So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Kyffhäuser (Kreistyp 4/Rang 6 von 23) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 50.872 €. In den Ankerregionen Jena II (Kreistyp 1+2/Rang 21 von 23) und Jena I (Kreistyp 1+3/Rang 23 von 23) sind es „nur“ 29.521 € beziehungsweise 28.468 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in diesen großen, wirtschaftlich starken Ankerstädten 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: Ärztedichte ²
1	Suhl II	Stadt Suhl + Landkreis Hildburghausen	4	56.457 €	161
2	Suhl III	Stadt Suhl + Landkreis Schmalkalden-Meiningen	4	53.382 €	154
3	Suhl I-III	Stadt Suhl + Landkreis Schmalkalden-Meiningen, Hildburghausen & Ilm-Kreis	4	53.113 €	137
4	Saale-Orla	Landkreis Saale-Orla-Kreis	4	52.901 €	119
5	Suhl I	Stadt Suhl + Landkreis Ilm-Kreis	4	51.767 €	152
6	Kyffhäuser	Landkreis Kyffhäuserkreis	4	50.872 €	126
7	Saalfeld-Rudolstadt	Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	4	50.419 €	134
8	Gera	Stadt Gera + Landkreis Greiz	2	47.153 €	179
9	Weimar	Stadt Weimar + Landkreis Weimarer Land	2	46.847 €	195
10	Altenburger Land	Landkreis Altenburger Land	3	46.641 €	173
11	Wartburg	Landkreis Wartburgkreis	4	46.400 €	153
12	Sonneberg	Landkreis Sonneberg	4	45.446 €	146

Rang	Ankerregion	Zuordnung	Kreis- typ(en) ¹	je ambulant niedergel. Arzt	zur Orientierung: Ärztedichte ²
13	Unstrut-Hainich	Unstrut-Hainich-Kreis	4	44.343 €	170
14	Erfurt III	Stadt Erfurt + Landkreis Weimarer Land	1 + 2	42.844 €	199
15	Erfurt I-IV	Stadt Erfurt + Landkreise Weimarer Land, Sömmerda, Gotha & Ilm-Kreis	1 bis 4	40.731 €	165
16	Erfurt I	Stadt Erfurt + Landkreis Gotha	1 + 3	40.688 €	186
17	Erfurt IV	Stadt Erfurt + Landkreis Ilm-Kreis	1 + 4	40.087 €	193
18	Erfurt II	Stadt Erfurt + Landkreis Sömmerda	1 + 4	39.885 €	198
19	Eichsfeld	Landkreis Eichsfeld	3	37.601 €	150
20	Nordhausen	Landkreis Nordhausen	4	36.773 €	155
21	Jena II	Stadt Jena + Landkreis Weimarer Land	1 + 2	29.521 €	212
22	Jena I-II	Stadt Jena + Landkreis Weimarer Land & Saale-Holzland-Kreis	1 bis 3	28.895 €	196
23	Jena I	Stadt Jena + Landkreis Saale-Holzland-Kreis	1 + 3	28.468 €	219
23	Jena I	Stadt Jena + Landkreis Saale-Holzland-Kreis	1 + 3	28.468 €	219

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 Thüringen wird sowohl von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch von der Privaten Krankenversicherung (PKV) getragen. Dabei leisten Privatversicherte für das medizinische Versorgungssystem in Thüringen 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 gesetzlich als auch privat versicherte 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

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.

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 Thüringen 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:

Thüringen

- › In Thüringen sind 6,6 % der Bevölkerung privatversichert. Die Privatversicherten „hinterlassen“ bei den medizinischen Leistungserbringern in Thüringen – den Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten etc. – Leistungsausgaben beziehungsweise Umsätze in Höhe von insgesamt 511 Mio. € jährlich.
- › Im Durchschnitt erzielen in Thüringen Arztpraxen und ambulant-ärztliche Versorgungszentren 13,3 % der Einnahmen aus der ärztlichen Behandlung von Privatversicherten, obwohl in Thüringen nur 6,6 % der Menschen privat versichert sind (vgl. Abbildung 1).
- › Aus den Umsatzzahlen lassen sich auch konkrete, vom Versicherungsstatus der Patienten abhängige Kosten-Deckungsbeiträge ableiten. Der Kosten-Deckungsbeitrag eines privat (gesetzlich) Versicherten – definiert als Euro-Beitrag, der zur Deckung der variablen und fixen Kosten im Bereich der ärztlichen Versorgung zur Verfügung steht – liegt im Durchschnitt bei 1.498 € (668 €) jährlich. Damit hinterlässt jeder einzelne Privatversicherte bei ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen um den Faktor 2,24 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 Thüringen p. a. 175,5 Mio. €. Je Einwohner/-in entspricht das 83€.
- › Von den in Thüringen verbleibenden Mehrumsätzen in Höhe von 175,5 Mio. € entfallen 112,2 Mio. € auf die ambulante ärztliche Versorgung. Je ambulant niedergelassenen Ärztin oder niedergelassenem Arzt entspricht das rechnerisch rund 43.300 € jährlich.

Landkreise und kreisfreie Städte in Thüringen

- › In Thüringen 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 22 Landkreisen und kreisfreien Städten in Thüringen werden vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2 als kreisfreie Stadt/Großstadt (Kreistyp 1), 4 als

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.

verstädterter Landkreis (Kreistyp 2), 4 als ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen (Kreistyp 3) und 12 als sehr dünn besiedelter ländlicher Kreis (Kreistyp 4) eingeordnet.

- › Die Privatversicherten in Thüringen sind relativ gleichmäßig verteilt. In ländlichen und sehr ländlichen Landkreisen (Kreistyp 3 & 4) liegt der PKV-Marktanteil im Durchschnitt bei 6,5 % beziehungsweise 5,9 %. In kreisfreien Städten (Kreistyp 1) und verstädterten Kreisen (Kreistyp 2) leben mit 7,5 % „überschaubar“ 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 9,8 Mio. € (kreisfreie Stadt Suhl) beziehungsweise von 187 € je Einwohner/-in (Landkreis Altenburger Land) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Thüringen eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 187 € bis 337 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt bei 241 € je Einwohner/-in. Alle 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 3,4 Mio. € (kreisfreie Stadt Suhl) beziehungsweise von 64 € je Einwohner/-in (Landkreis Altenburger Land) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit in Thüringen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 64 € bis 116 € je Einwohner/-in. Der Durchschnitt liegt in Thüringen bei Mehrumsätzen von 82 € 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 Sömmerda (Kreistyp 4) die Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei „guten“ 52.508 €. In der Gesamtbilanz wird je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt ein „Sockel-Mehrumsatz“ von 25.495 € (kreisfreie Stadt Jena) nicht unterschritten. Damit ergibt sich in Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 25.495 € und 65.474 €. Der Durchschnitt liegt bei rund 43.300 €. Ausführliche Angaben zu allen Landkreisen und kreisfreien Städten finden sich in Tabelle 4b.

Raumordnungsregionen in Thüringen

- › 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 Weimar & Landkreis Weimarer Land

Die kreisfreie Stadt Weimar wird vollständig vom Landkreis Weimarer Land umschlossen. Insgesamt sind beide Verwaltungseinheiten soziodemografisch, strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwoben. In der Konsequenz hat die Feststellung, dass die Ärztedichte in der Stadt Weimar mit 263 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen erheblich über der Ärztedichte im Landkreis Weimarer Land liegt (142 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 Weimarer Land mit einem PKV-Marktanteil von 8,9 % anteilig mehr Privatversicherte leben als in der Stadt Weimar selbst (7,7 %), 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 Weimar (des Landkreises Weimarer Land) die relativ niedrigen (hohen) Mehrumsätze der Privatpatienten auf relativ viele (wenige) ambulante Ärztinnen und Ärzte verteilt werden. Das vollständig verzerrende Ergebnis: Im Landkreis Weimarer Land entfallen auf jedem

ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 65.474 € jährlich. Nur einen „Steinwurf“ entfernt, in der kreisfreien Stadt Weimar, liegen diese Mehrumsätze je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt bei nur rund 37.605 €. Ein Ergebnis, das mit der medizinischen Versorgungsrealität in der Region in und um Weimar 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 Thüringen zwischen ländlich-verstädterten (Regionstyp 2) und ländlichen Regionen mit dünner Besiedlung (Regionstyp 3). Jede Raumordnungsregion fasst strukturell und wirtschaftlich eng miteinander verwobene Landkreise und kreisfreie Städte zusammen.
- › In Thüringen leben die meisten Privatversicherten – im Verhältnis zur Einwohnerzahl – in der Raumordnungsregion Mittelthüringen (7,8 %). Die wenigsten Privatversicherten leben anteilig mit 5,7 % in der Raumordnungsregion Nordthüringen (Regionstyp 3). Damit gibt es sowohl in städtischen als auch ländlicheren Regionen einen substantziellen Anteil von Privatversicherten.
- › Privatversicherte „hinterlassen“ bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen in den strukturell schwächeren Raumordnungsregionen einen „Mindest-Umsatz“, der einen Betrag von 208 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordthüringen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Thüringen, bei rechnerischem Bezug auf die regionalen PKV-Marktanteile eine (nominale) „Umsatzspanne“ von 208 € bis zu 284 €. Der Umsatz-Durchschnitt liegt in Thüringen bei 241 € 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 71 € je Einwohner/-in (Raumordnungsregion Nordthüringen) nicht unterschreitet. Je Einwohner/-in ergibt sich damit für Thüringen eine (nominale) „Mehrumsatzspanne“ von 71 € bis zu 97 €. Der Durchschnitt liegt bei 82 €. 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 38.627 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt (Raumordnungsregion Ostthüringen) nicht unterschreitet. Damit ergibt sich für Thüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt eine „Mehrumsatzspanne“ zwischen 38.627 € und 48.000 €. Der Durchschnitt liegt bei 43.300 €. 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 (Thüringen) liegt bei 46,74 (46,72) Jahren. In der Universitätsstadt Jena (Kreistyp 1) leben mit durchschnittlich 42,69 Jahren die jüngsten Privatversicherten. Am ältesten dagegen sind die Privatversicherten mit durchschnittlich 51,21 Jahren in der kreisfreien Stadt Suhl (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. quasis einheitlich 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 Erfurt mit denen im Landkreis Nordhausen verglichen werden. Beide Zusammenhänge müssen einbezogen werden, um die Bedeutung der Privatversicherten für die medizinische Versorgung richtig zu bewerten. Der PKV-Regionalatlas folgt deshalb dem Ansatz einer Realwert-Analyse altersadjustierter Umsätze und Mehrumsätze.
- › Die altersadjustierte und wertbereinigte Regional-Stadt-Land-Analyse beschränkt sich auf die Größe der Mehrumsätze. Denn (nur) die Mehrumsätze der Privatversicherten quantifizieren den Unterschied zu den Leistungsausgaben der gesetzlich Versicherten. Lediglich die Mehrumsätze der Privatversicherten zeigen den Beitrag zu Gunsten der medizinischen Infrastruktur an, den es ohne die Privatversicherten nicht gäbe.
- › Die Realwerte der in den Regionen verbleibenden altersadjustierten Mehrumsätze unterscheiden sich von den Nominalgrößen. In sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 4) zeigen sich dabei in Höhe und „Richtung“ die deutlichsten Unterschiede. Die Realwerte der von den Privatversicherten ausgelösten Mehrumsätze liegen i. d. R. über denen in der Nominalwert-Analyse. So sind zum Beispiel die im Landkreis Hildburghausen (Landkreis Saale-Orla-Kreis) je ambulant niedergelassenem Arzt regional verbleibenden Nominal-Mehrumsätze in Höhe von 47.668 € (45.684 €) real 54.902 € (52.901 €) wert. Beide Landkreise stehen damit als sehr ländliche Region im Gesamtvergleich gut da.

- › In den verdichteten Regionen Thüringens 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 der kreisfreien Stadt Erfurt bei 44.440 € je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt, zeigen die alters- und kostenbereinigten Realwerte eine „abgesenkte“ Größenordnung von 37.574 € an. Insgesamt verschiebt sich durch die Berücksichtigung von Alters- und ärztlichen Kostenstrukturen die Stadt-Land-Verteilung der Mehrumsätze zum Teil deutlich. Angaben zu allen Landkreisen, kreisfreien Städten und Raumordnungsregionen finden sich in Tabelle 9.

Stadt-Land-Analyse

- › In Thüringen verteilen sich die rund 140.000 privatversicherten Menschen relativ gleichmäßig. In einem städtischen Umfeld (Kreistyp 1) leben 19,3 % der Privatversicherten, einen verdichteten Lebensmittelpunkt (Kreistyp 2) haben 17,5 % der Privatversicherten gewählt. In ländlichen oder sehr ländlichen Regionen (Kreistyp 3 & 4) sind 18,6 % bzw. 44,6 % der privatversicherten Menschen zu Hause (vgl. Abbildung 8 im Anhang). Damit lebt eine deutliche Mehrheit der Privatversicherten in Thüringen auf dem „Land“.
- › Auch der regionale Anteil der Privatversicherten ist in Thüringen 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 6,5 % beziehungsweise 5,9 %. In kreisfreien Großstädten, verdichteten Landkreisen und städtischen Kreisen des Kreistyps 1 & 2 leben mit 7,9 % beziehungsweise 7,4 % 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 den Städten des Kreistyps 1. Lediglich verdichtete Landkreise weisen leicht höhere Mehrumsätze auf als ländliche Regionen.
- › Auf der Ebene der Raumordnungsregionen lassen sich dagegen keine großen Unterschiede zwischen ländlichen Regionen und Regionen mit Verdichtung finden. Ländliche sowie Raumordnungsregionen mit Verdichtungstendenzen erreichen jeweils Mehrumsätze (nominal) je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt zwischen 43.314 € und 43.098 € jährlich. Als Zwischenfazit lässt sich deshalb resümieren, dass ländliche und sehr ländliche Regionen (Kreistyp 3 & 4/Regionstyp 3) sehr wohl und zum Teil auch überproportional vom Mehrumsatz der Privatversicherten profitieren.
- › Das 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 49.401 € deutlich höhere Mehrumsätze zu verzeichnen wie in den Städten des Typs 1 mit 28.035 € (vgl. Abbildung 6 im Anhang).
- › Das Ergebnis lässt sich in Thüringen 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, dass der politischen Wahrnehmung widerspricht, Privatversicherte seien nur für die medizinische Infrastruktur in Ballungszentren und größeren, wirtschaftsstarken Städten nützlich.

Rangordnungen und Rankings

- › Die Ergebnisse der Regionaldaten für Thüringen lassen sich in unterschiedlichen Rankings aufschlüsseln. Das Ranking nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Tabelle 13) zeigt, dass die Mehrumsätze je ambulant niedergelassenem Arzt (Realwert) in Landkreisen in der Regel oberhalb der Mehrumsätze in kreisfreien Städten liegen. Kreisfreie Städte wie Erfurt, Jena, Weimar und Gera sind am Schluss des Rankings platziert. Während zum Beispiel bei den ärztlichen Praxen im sehr dünn besiedelten Landkreis Hildburghausen (Kreistyp 4) Mehrumsätze im Realwert von 54.902 € anfallen (Rang 5 von 22), sind es in den Arztpraxen der Universitätsstadt Erfurt (Rang 18 von 22) „nur“ 37.574 € jährlich.
- › Die Platzierung der kreisfreien Städte ist nicht nur, aber auch auf die (ärztliche) Mitversorgungsfunktion der größeren Städte für das Umland zurückzuführen. Der zusätzliche Blick auf das Ranking abseits der kreisfreien Städte ist dementsprechend sinnvoll. Hier zeigt sich ein relativ heterogenes Bild. Verstädterte Landkreise (Kreistyp 2) und ländliche und dünn besiedelte Regionen (Kreistyp 3 & 4) finden sich relativ gemischt im gesamten Tableau des Rankings. Angeführt wird das Ranking von den verstädterten Landkreisen Greiz (Kreistyp 2) und Weimarer Land (Kreistyp 2). Aufgrund der über dem Landesdurchschnitt liegenden Zahl an Privatversicherten und einer relativ niedrigen Ärztedichte (130 bis 142 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen) mit relativ niedrigem ärztlichen Kostenniveau entfallen hier je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze zwischen 73.134 € und 67.979 € (Realwert) jährlich an.
- › Mit der Verwendung von Raumordnungsregionen lassen sich „Stadt-Umland-Verzerrungen“ vermeiden. Im Ranking (Tabelle 14) zeigt sich, dass der Realwerte des Mehrumsatzes der ländlichen Region Südthüringen (Rang 1 von 4) erheblich über den Mehrumsätzen der dichter besiedelten Raumordnungsregionen Mittel- und Ostthüringen (Rang 2/3 von 4) liegen. Rechnerisch entstehen in der Raumordnungsregion Südthüringen je niedergelassener Ärztin und niedergelassenem Arzt Mehrumsätze im Realwert von 50.410 €. Im dichter besiedelten Mittelthüringen sind es 44.963 € (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 im Trend ländliche Ankerregionen (Kreistyp 3 & 4) relativ weit oben im Ranking platziert sind. Ankerregionen rund um kreisfreie Städte (Kreistyp 1) finden sich dagegen ausschließlich im unteren Drittel des Tableaus. Angeführt wird das Ranking von sehr ländlichen Ankerregionen. Neben den Ankerregionen rund um die kreisfreie Stadt Suhl (Kreistyp 4) befinden sich die Ankerregionen Saale-Orla-Kreis (Kreistyp 4) an der Spitze des Tableaus. Zu den Schlusslichtern gehört der Landkreis Nordhausen und die dichter besiedelten Ankerregionen rund um Jena und Erfurt. So entfallen zum Beispiel in der Ankerregion Kyffhäuser (Kreistyp 4/Rang 6 von 23) auf jeden ambulant niedergelassenen Arzt Mehrumsätze in Höhe von 50.872 €. In den Ankerregionen Jena II (Kreistyp 1+2/Rang 21 von 23) und Jena I (Kreistyp 1+3/Rang 23 von 23) sind es „nur“ 29.521 € bzw. 28.468 € jährlich. Das ist so, weil die Privatversicherten in dieser dichter besiedelten Ankerstadt auf relativ viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte mit einem relativ hohen ärztlichen Kostenniveau treffen.

Der PKV-Regionalatlas Thüringen 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 Thüringen werden in diesem Zusammenhang häufig strukturschwache vor demografischen Herausforderungen stehenden Landkreise jenseits der Landeshauptstadt Erfurt oder der Universitätsstadt Jena 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 Saalfeld-Rudolstadt liegt ganz im Südens Thüringens und grenzt an Bayern. Im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt liegt der Anteil der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung bei 6,0 %. In der Konsequenz verbleiben im Landkreis Saalfeld-Rudolstadt Mehrerlöse von jährlich 7,6 Mio. € oder 75 € 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 Saalfeld-Rudolstadt jedem niedergelassenen Arzt Mehrumsätze von nominal 44.750 € p. a. zuordnen. Ein jährlicher Nominalbetrag, der – wenn sowohl regionale Altersdurchschnitte der Privatversicherten als auch ärztliche Kostenstrukturen in Thüringen berücksichtigt werden – real 50.419 € wert ist und damit je ambulant niedergelassenen Arzt über dem Realwert der Mehrumsätze zum Beispiel im Großraum Erfurt (40.731 €) oder im Großraum Jena (28.895 €) 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 5,1 % (Landkreis Altenburger Land: niedrigster Wert) beziehungsweise 5,7 % (Raumordnungsregion Nordthüringen: niedrigster Wert) 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 lassen sich zum Beispiel in den Praxen im sehr ländlichen Landkreis Sonneberg oder Kyffhäuserkreis 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 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 Thüringen 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. Wenngleich bereits IGES (2020) feststellt, dass kein „kausaler Zusammenhang zwischen dem Wohnort der Versicherten und dem Niederlassungsverhalten

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.

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

der Ärzte belegt ist“,⁶² ist die These von der Verantwortlichkeit der Privatversicherten für die mangelnde Ärztedichte auf dem Land politisch weit verbreitet. Die Regionaldaten für Thüringen zeigen in diesem Zusammenhang ein deutlich differenzierteres Bild.

Obwohl sich die Realwerte von jährlichen Mehrumsätzen in ländlichen Regionen mit durchschnittlich 49.407 € (Kreistyp 3) beziehungsweise 49.401 € (Kreistyp 4) über dem Mehrumsatzniveau städtischer Umfelder (Kreistyp 1 & 2: 43.551 €) bewegen, liegt die Ärztedichte in den ländlichen Gebieten mit 151 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb städtischer Gebiete (Kreistyp 1 & 2: 208 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner/-innen). Konkreter: Obwohl im Landkreis Kyffhäuser (Kreistyp 4) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 50.872 € und im dichter besiedelten, wirtschaftsstärkeren Großraum Jena⁶³ dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 28.895 € p. a. ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte im Landkreis Kyffhäuserkreis mit 126 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der im Großraum Jena (196).

Oder: Obwohl im Landkreis Saale-Orla-Kreis (Kreistyp 4) von Privatpatienten je ambulant niedergelassenem Arzt altersadjustierte Mehrumsätze im Realwert von 52.901 € und im Großraum Erfurt⁶⁴ dagegen nur Mehrumsätze im Realwert von 40.731 € jährlich ausgelöst werden, liegt die Ärztedichte in ländlichen Saale-Orla-Kreis mit 119 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohner/-innen deutlich unterhalb der im Großraum Erfurt mit 165 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, 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 „boomenden“ 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

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

63 Region in und um Jena, d. h. kreisfreie Stadt Jena mit den umliegenden Landkreisen Weimarer Land und Saale-Holzland.

64 Region in und um Erfurt, d. h. kreisfreie Stadt Erfurt mit den umliegenden Landkreisen Gotha, Weimarer Land, Sömmerda und Ilm-Kreis.

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).

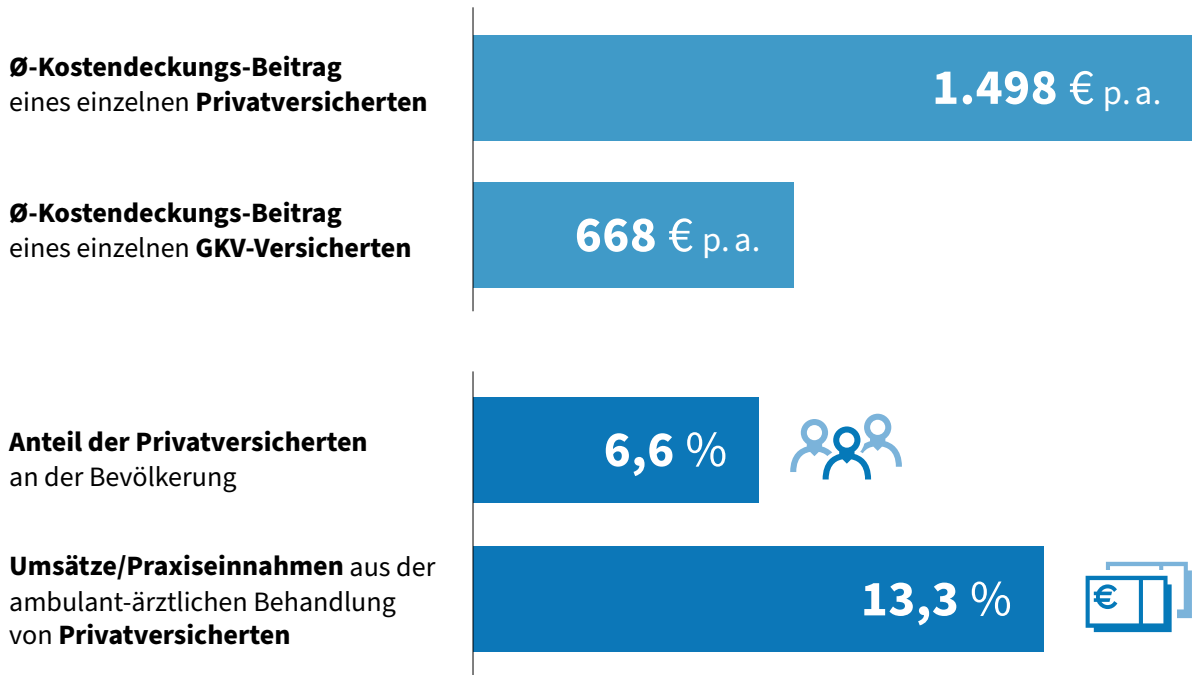
68 Vgl. dazu auch C. Braun (2015), Ein ganz besonderes Verhältnis, in: Change – das Magazin der Bertelsmann-Stiftung, S. 3 f.

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 Thüringen 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.

Anhang

Abbildung 1: Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung

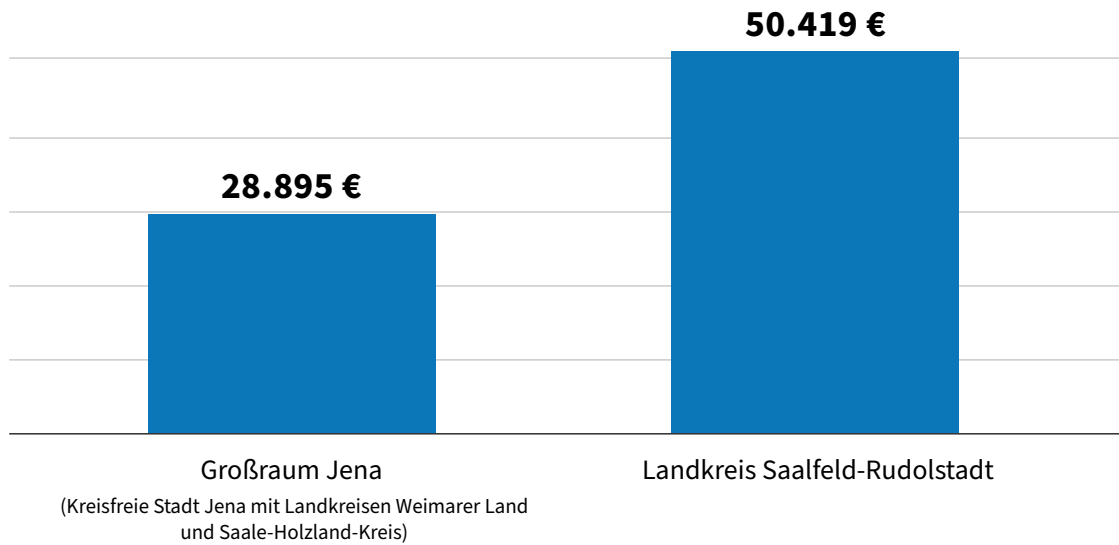
Kostendeckungs-Beitrag und Umsatz-Beitrag der Privatversicherten in Thüringen



Quelle: PKV-Regionalatlas

Abbildung 2: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

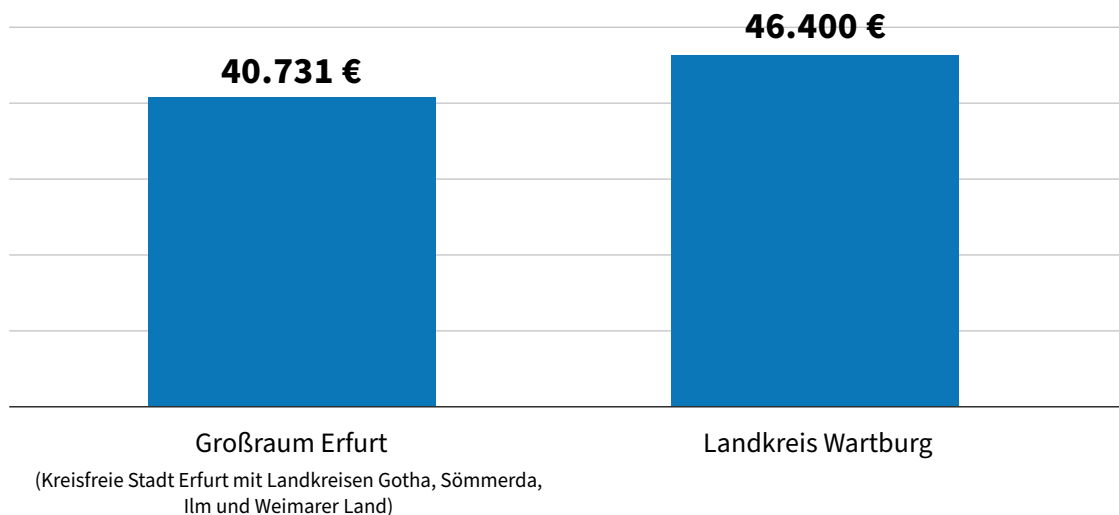
Großraum Jena und Landkreis Saalfeld-Rudolstadt im Vergleich



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

Abbildung 3: Realwert von Mehrumsätzen¹ je ambulant niedergelassenem Arzt

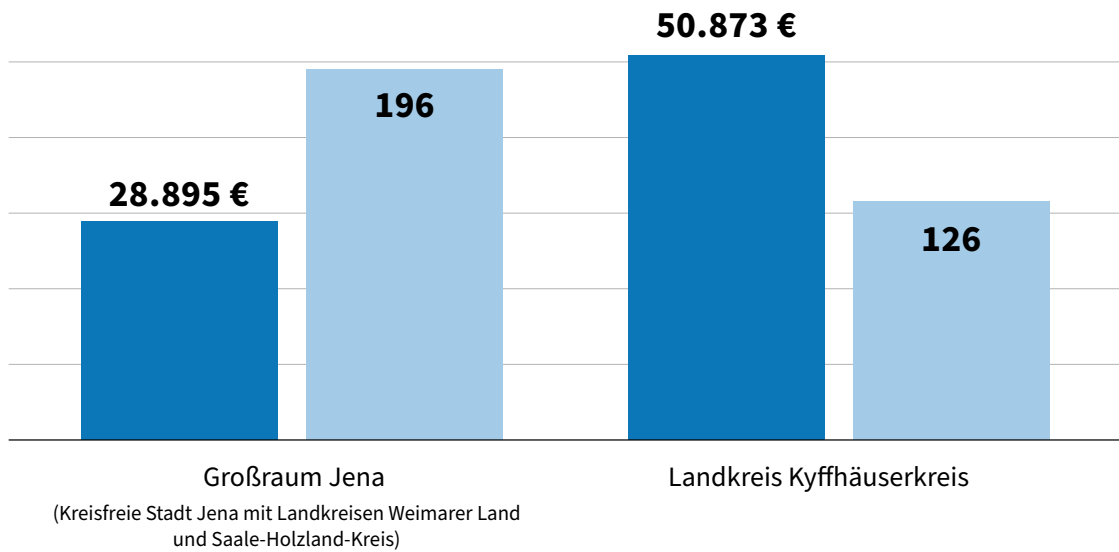
Großraum Erfurt und Landkreis Wartburg im Vergleich



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

Abbildung 4: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

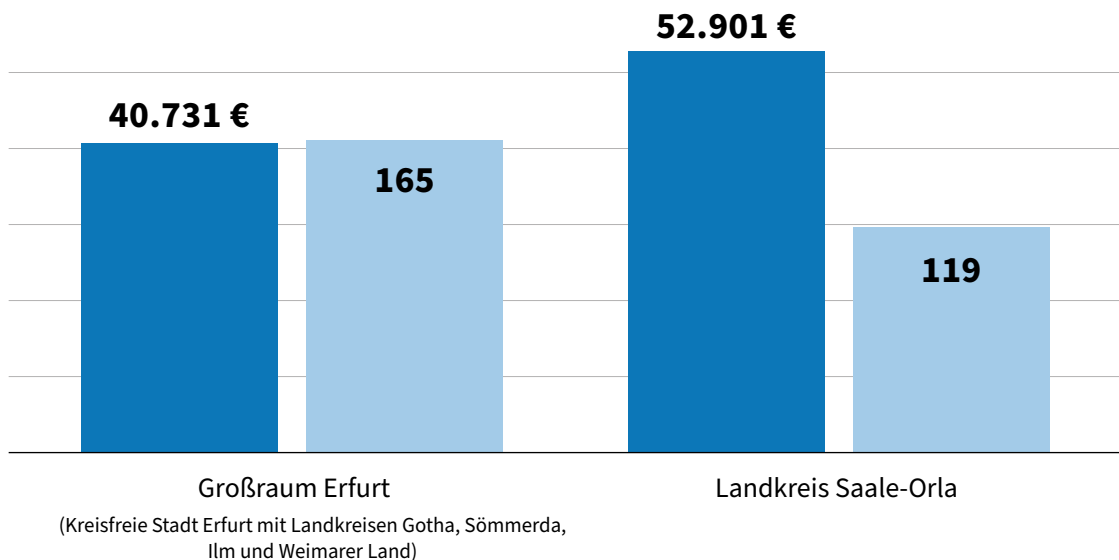
Großraum Jena und Landkreis Kyffhäuserkreis im Vergleich



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

Abbildung 5: Realwert von Mehrumsätzen¹ und Ärztedichte²

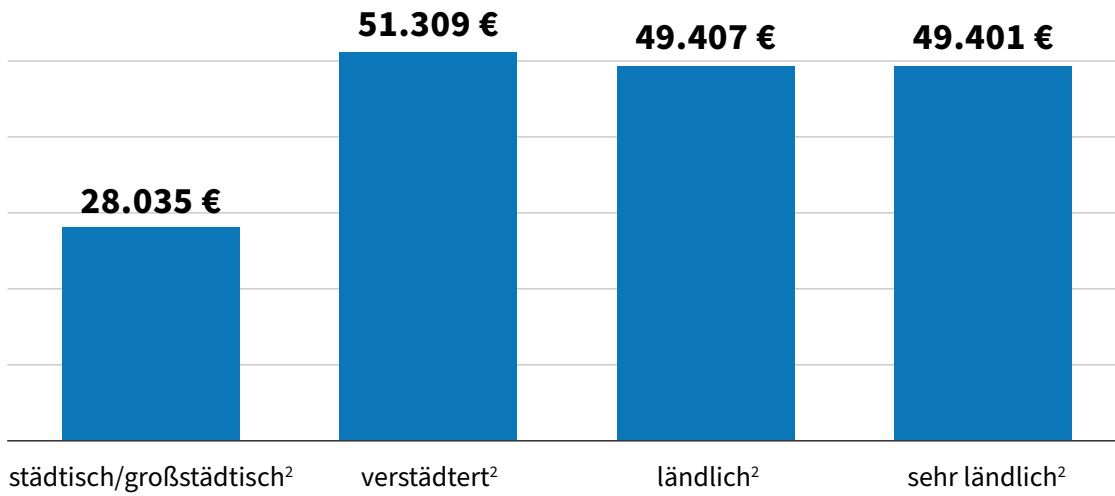
Großraum Erfurt und Landkreis Saale-Orla im Vergleich



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



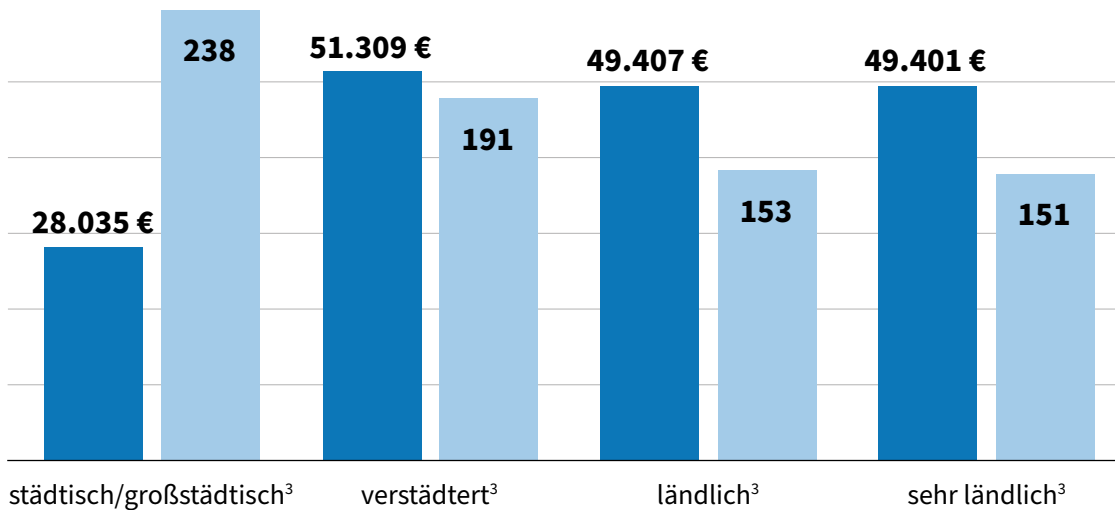
1) Um regionale Kosten- und Preisunterschiede bereinigter Wert der (nominalen) altersadjustierten Mehrumsätze

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



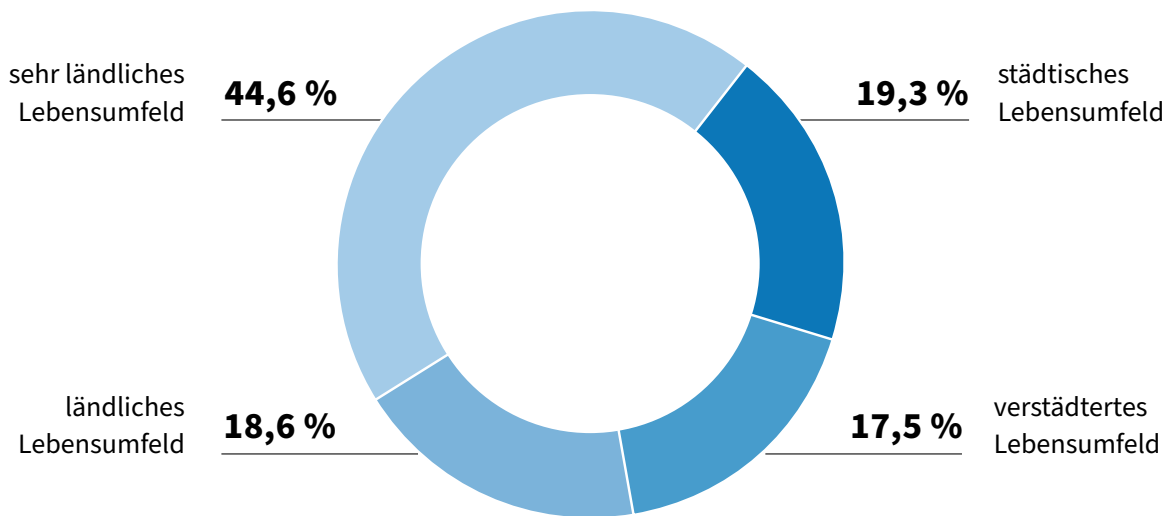
1) Je niedergelassenem Arzt in €/Jahr ■ 2) Niedergelassene Ärzte pro 100.000 Einwohner ■

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

Stand September 2024

Abbildung 8: Privatversicherte in Thüringen

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