

LANDKREIS



 **MARBURG  
BIEDENKOPF**

**Gesundheit** fördern  
**Versorgung** stärken

## Ambulante vertragsärztliche Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf – 2023



## Impressum

Herausgeber: Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf  
Im Lichtenholz 60, 35043 Marburg

Autorinnen: Dr. Katrin Kuss (Fachbereich Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung), Marion Messik (Fachbereich Gesundheitsamt, Versorgungskoordinatorin) und Dr. Birgit Wollenberg (Fachbereich Gesundheitsamt, Fachbereichsleitung).

Kontakt: [gesundheitsamt@marburg-biedenkopf.de](mailto:gesundheitsamt@marburg-biedenkopf.de)

Bildnachweise: Titel: © olinchuk | Adobe Stock. Foto Landrat Seite 3: Markus Farnung; Seiten 10 und 14: Icons von Flaticon.com (created by srip); Seite 23 Karte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Seiten 24-35 Karten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (mit freundlicher Genehmigung).

## Vorwort des Landrats

Liebe Leser\*innen,

dieser Bericht stellt die aktuelle ambulante ärztliche Versorgungssituation für gesetzlich Krankenversicherte im Landkreis Marburg-Biedenkopf dar. Dabei ist klar, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum eine immer größere Herausforderung wird.



Grund hierfür ist, wie in vielen anderen Bereichen auch, der demografische Faktor: Ein steigender Anteil älterer Menschen und eine höhere Lebenserwartung gehen mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und damit einer steigenden Zahl an Praxisbesuchen einher. Gleichzeitig ist ein Drittel der niedergelassenen Ärzt\*innen älter als 60 Jahre und wird in den kommenden Jahren eine\*n Praxisnachfolger\*in suchen. Es gibt also allerhand zu tun.

Grundsätzlich ist es so, dass der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag und die Steuerungsinstrumente für die gesetzlich Krankenversicherten allein in der Hand der Kassenärztlichen Vereinigung sieht. Und doch meinen wir, dass der drohende Ärzt\*innenmangel, insbesondere bei Hausärzt\*innen in ländlichen Regionen, nicht von einem Akteur allein gelöst werden kann.

Zudem ist eine bedarfsgerechte Versorgung für den Landkreis Marburg-Biedenkopf ein Teil der Daseinsvorsorge und gerade im ländlichen Raum schon grundsätzlich von zentraler Bedeutung. Und ja auch ein wesentlicher Faktor, wenn es darum geht, die Kommunen als attraktiven Lebensraum für alle Altersgruppen zu gestalten und zu erhalten.

In diesem Bewusstsein bringt sich der Kreis mit verschiedenen Maßnahmen in die Verbesserung der Versorgungssituation ein. Es gilt die medizinische Versorgung nachhaltig aufzustellen und zu sichern. Zwar hat der Landkreis eben keine rechtlich gegebenen Möglichkeiten, um beispielsweise die Anzahl der Ärzt\*innensitze zu beeinflussen oder den konkreten Ort eines Praxissitzes festzulegen. Und doch gibt es Möglichkeiten. So etwa mit einem Programm der Kreisverwaltung, das bereits bei Medizinstudierenden mit einer Förderung von Praktika im ländlichen Raum ansetzt. Zudem können angehende Allgemeinmediziner\*innen ihre Weiterbildung zur/zum Fachärzt\*in nach der Approbation an einem der beiden Weiterbildungsverbände im Landkreis – Marburg oder Biedenkopf – absolvieren. Dies alles geschieht in enger Zusammenarbeit mit weiteren relevanten Akteuren wie etwa dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg, den Weiterbildungsverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), den Krankenhäusern im Landkreis und den Kommunen.

Klar ist: wir sind am Thema dran. Und behalten als Kreisverwaltung die Versorgungslage weiterhin engmaschig im Blick. Zum Erhalt und auch zum teilweisen Ausbau einer flächendeckenden weiterhin guten ärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis.

Ich wünsche Ihnen allen Gute Gesundheit!

Ihr

Jens Womelsdorf  
Landrat

## Inhalt

Vorwort Landrat .....	3
Zusammenfassung .....	6
Einleitung.....	8
Allgemeine Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung .....	8
Erster Bericht für den Landkreis Marburg-Biedenkopf.....	8
Bedarfsplanung – wie „funktioniert“ die Versorgungssteuerung für gesetzlich Krankenversicherte in der ambulanten Versorgung? .....	9
Warum braucht und gibt es überhaupt Planung und Steuerung – und welchen Grundsätzen/Prinzipien entsprechen diese? .....	9
Wer beschließt was und auf welcher Basis? .....	9
Welche Rolle haben der Öffentliche Gesundheitsdienst und die kommunale Ebene?.....	10
Der Bedarfsplan – Hauptinstrument für die regionale und lokale Versorgungssteuerung .....	11
Im Detail: Wer und auf welcher Ebene wird geplant (Versorgungsebenen und Planungsbereiche)? .....	12
Wie wird der Bedarf festgelegt und die regionale Versorgungslage bewertet? .....	13
Wenn alles geregelt und geplant wird: warum gibt es oft dennoch lange Wartezeiten auf Termine für die Versicherten/Patient*innen? .....	14
Interpretation der Versorgungszahlen.....	15
Allgemeine Entwicklungen in der ambulanten Versorgung.....	16
Ausgaben und Inanspruchnahme .....	16
Als Ärztin/Arzt ambulant arbeiten .....	17
Struktur und Bevölkerung des Landkreises Marburg-Biedenkopf .....	20
Bevölkerung und steigender Versorgungsbedarf .....	20
Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf.....	22
Hausärztliche Versorgung .....	24
Aktueller Stand im Landkreis Marburg-Biedenkopf (01.12.2022) .....	24
Entwicklung der hausärztlichen Versorgung .....	25
Prognose (Durchschnittsalter und Nachbesetzungsbedarf) .....	26
Fachärztliche Versorgung.....	27
Allgemein fachärztliche Versorgung .....	27
Kinderärztliche Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf .....	27
Allgemein fachärztliche Versorgung: Situation im Landkreis .....	28
Psychotherapeut*innen .....	34
Prognose der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘ .....	35
Spezialisierte Fachärztliche Versorgung .....	36
Gesonderte Fachärztliche Versorgung.....	37
Zusammenfassung und Diskussion .....	38
Versorgungsplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf .....	40

Modellprojekt „Fachkräftesicherung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum“ .....	40
Ist-Analyse in der Modellregion – Vorgehen.....	40
Handlungsempfehlung 1: Kleinräumige Analyse und Betrachtung .....	41
Handlungsempfehlung 2: Nachwuchs- und Ansiedlungsförderung .....	41
Handlungsempfehlung 3: Ausbau von Delegation .....	43
Handlungsempfehlung 4: Netzwerkarbeit und Austausch.....	43
AG Medizinische Versorgung .....	43
AG Netzwerk Geburt .....	44
Ausblick .....	44
Abkürzungsverzeichnis .....	45
Glossar relevanter Begrifflichkeiten .....	46
Abbildungsverzeichnis .....	50
Tabellenverzeichnis .....	51
Quellen .....	52

## Zusammenfassung

### Ziel und Inhalte dieses Berichtes

Dieser Bericht stellt den aktuellen Stand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf dar. Dies bezieht die hausärztliche wie auch die fachärztliche Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte ein.

Zunächst werden Grundzüge der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung dargestellt. Abschließend werden Handlungsoptionen im Sinne bereits ergriffener und geplanter Maßnahmen der Versorgungsplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf erläutert.

### Ausgangssituation

Die Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung mit ambulant tätigen Ärzt\*innen stellt bereits jetzt und mehr noch in den kommenden Jahren insbesondere in ländlichen Regionen eine große Herausforderung dar. Hierzu trägt ein aufgrund der Alterung der Bevölkerung sowie einer zunehmenden Verlagerung von bislang stationären Leistungen in den ambulanten Sektor steigender Versorgungsbedarf bei.

Hinzu kommen Veränderungen der Berufsausübung. Der Trend geht von vielen Einzelpraxen zu einem höheren Anteil zentralisierter, gemeinschaftlich geführter Praxen, einer Feminisierung in der Medizin, mehr Teilzeitarbeit bei Ärztinnen und Ärzten und dem Vorzug eines Angestelltenverhältnisses anstelle eigener Selbstständigkeit und Niederlassung. Wenngleich die Anzahl der ambulant tätigen Ärzt\*innen seit vielen Jahren kontinuierlich steigt, vermag dies den steigenden Bedarf im ambulanten Bereich zukünftig nicht adäquat zu decken.

### Rahmenbedingungen: Bedarfsplanung (ambulant vertragsärztlich)

- Für die knapp 90 % der gesetzlich Krankenversicherten wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung mittels der Bedarfsplanung gesteuert. Diese obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).
- Die Bedarfsplanung soll bundesweit eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Niederlassungen von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sollen dort ausgewiesen werden, wo diese benötigt werden, Über- oder Unterversorgung verhindert werden.
- Auf Basis definierter Kennzahlen und Berechnungen wird festgelegt, in welchen Regionen (Planungsbereichen) sich welche und wie viele Ärzt\*innen der verschiedenen Fachrichtungen niederlassen können.
- Es greifen verschiedene Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene ineinander, u. a.:
  - Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert in der Bedarfsplanungs-Richtlinie einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen (gesetzl. Grundlage: § 101 SGB V).
  - Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (z. B. KV Hessen) durch Erstellung eines regionalen Bedarfsplans. Hierin sind begründete Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie möglich, um regionale Besonderheiten (u. a. Demografie, Krankheitslast, infrastrukturelle Faktoren) zu berücksichtigen.
  - Der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung (SGB V §§ 72-73; §§ 99 ff.).
  - Der öffentliche Gesundheitsdienst hat keinen expliziten Auftrag und keine gesetzliche Grundlage zur direkten Einflussnahme. Die Möglichkeiten beschränken sich auf Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (§ 5a Abs. 2 HGöGD) und die Weiterentwicklung einer vernetzten Versorgungsstruktur (§ 7 Abs. 5 HGöGD).
- Die Planung erfolgt je nach Spezialisierungsgrad der Fachärzt\*innengruppe in unterschiedlich großen Planungsbereichen. Hausärzt\*innen werden wohnortnah am kleinräumigsten geplant (Mittelbereiche eines Landkreises). Je höher die Spezialisierung, desto großräumiger wird geplant (Gesamter Landkreis; Raumordnungsregion: Mittelhessen; KV-Bezirk: Hessenweit).
- Innerhalb eines Planungsbereichs kann ein\*e zugelassene Ärzt\*in den Praxisstandort frei wählen.

## Versorgungssituation im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Stand: 12/2022)

### Hausärztliche Versorgungsebene (Planungsbereich: Mittelbereiche)

Mittelbereich	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%)	Freie Sitze
<b>Biedenkopf</b>	13	21	22,00	90,13	4,00
<b>Gladenbach</b>	9	18	19,00	111,56	0,00
<b>Kirchhain</b>	10	19	17,25	101,57	1,25
<b>Marburg</b>	54	92	84,50	118,61	0,00
<b>Stadtallendorf</b>	11	19	18,50	100,17	2,00
<b>GESAMT</b>	<b>97</b>	<b>169</b>	<b>161,25</b>	<b>--</b>	<b>7,25</b>

Quelle: KVH (2022a) [Hausärztliche Versorgung \(arcgis.com\)](#). Arztstand vom 01.12.2022.

- In jeder Stadt/Gemeinde im Landkreis ist mindestens 1 Hausarzt/Hausärztin tätig.
- Insgesamt sind im Landkreis Marburg-Biedenkopf 169 Hausärzt\*innen in 97 Praxen tätig.
- Auf kleinräumiger Ebene sind Unterschiede des Versorgungsniveaus sichtbar.

### Fachärztliche Versorgungsebene (allgemein fachärztlich; Planungsbereich: gesamter Landkreis)

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%)	Freie Sitze
<b>Augenärzt*innen</b>	7	16	13,50	110,79	0,00
<b>Chirurg*innen, Orthopäd*innen</b>	16	27	23,50	144,88	0,00
<b>Frauenärzt*innen</b>	17	31	26,00	124,71	0,00
<b>Hautärzt*innen</b>	7	13	11,00	177,39	0,00
<b>HNO-Ärzt*innen</b>	8	11	8,25	115,36	0,00
<b>Kinderärzt*innen</b>	13	20	16,50	128,20	0,00
<b>Nervenärzt*innen</b>	15	20	13,30	122,57	0,00
<b>Urolog*innen</b>	4	8	7,00	128,67	0,00
<b>Psychotherapeut*innen</b>	219	236	140,70	322,22	0,00
<b>GESAMT</b>	<b>306</b>	<b>382</b>	<b>259,75</b>	<b>--</b>	<b>0,00</b>

Quelle: KVH (2022a) [Allgemeine fachärztliche Versorgung \(arcgis.com\)](#). Arztstand vom 01.12.2022.

- Auf Ebene der allgemein fachärztlichen Versorgung (s. Tabelle oben) gilt der Landkreis Marburg-Biedenkopf in allen Arztgruppen als überversorgt (Versorgungsgrad  $\geq 110\%$ ).
- Fachärzt\*innen sind überwiegend in Ober- und Mittelzentren angesiedelt.
- Arztgruppen mit stärkerer Spezialisierung („Spezialisiert fachärztliche“ bzw. „Gesondert fachärztliche Versorgungsebene“ – in der Tabelle nicht aufgelistet) werden nicht mehr auf Ebene der Landkreise, sondern für die Region Mittelhessen bzw. ganz Hessen geplant. Mit Ausnahme der Ärzt\*innen der „Physikalischen und Rehabilitativen Medizin“ sind im Landkreis Marburg-Biedenkopf vertragsärztliche Praxen aller Fachgruppen ansässig.

### Versorgungsplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf = Maßnahmen

Wenngleich der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte Versorgung gesetzlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) liegt, beobachtet und analysiert das Gesundheitsamt des Landkreises die Situation fortlaufend, und ergreift aktiv bereits seit etlichen Jahren in Kooperation mit Kommunen, der KV Hessen, der Philipps-Universität Marburg und mit den Weiterbildungsverbänden Maßnahmen zur Sicherung einer guten Versorgung in allen Regionen.

### Fazit und Ausblick

Aktuell ist der Landkreis Marburg-Biedenkopf ambulant-vertragsärztlich gut versorgt, wenngleich es leichte regionale Unterschiede gibt. Um auch mittel- und langfristig eine flächendeckende hausärztliche aber auch fachärztliche Versorgung sicherzustellen sind Anstrengungen vonnöten.

## Einleitung

### Allgemeine Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung

Seit Jahren ist bundesweit von einem drohenden oder regional bereits eingetretenen Ärzt\*innenmangel zu hören. Auf dem Land fehlt hausärztlicher Nachwuchs. Und insbesondere bei Fachärzt\*innen haben gesetzlich krankenversicherte Patient\*innen oftmals Probleme, zeitnah einen Termin zu bekommen, manche Ärzt\*innen nehmen Neupatient\*innen nur noch in Notfällen an. Die Situation wird sich prognostisch aufgrund eines steigenden Versorgungsbedarfs weiter verschärfen.

Ursache des erhöhten Bedarfs ist in erster Linie die demografische Bevölkerungsentwicklung mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und einer höheren Lebenserwartung – damit einhergehend steigt altersbedingt die Zahl chronischer Erkrankungen und komplexer Versorgungsbedarfe, gerade bei Multimorbidität (gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Erkrankungen). Auch im Zuge erwünschter Entwicklungen wie der Zunahme eines höheren Gesundheitsbewusstseins für Prävention und Früherkennung von Krankheiten, sowie der Entstigmatisierung von – insbesondere psychischen – Krankheiten mit vermehrter Inanspruchnahme von Leistungen und Behandlungen steigt der Bedarf. Hinzu kommt die ebenfalls beabsichtigte Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor („Ambulantisierung“).

Geleistet werden muss all dies von den ambulant tätigen Haus- und Fachärzt\*innen. Absolute Zahlen zeigen dabei, dass die Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen seit Jahren deutschlandweit kontinuierlich ansteigt von 167.300 im Jahr 2015 auf 180.600 im Jahr 2020. Das bedeutet einen Zuwachs von knapp acht Prozent innerhalb von fünf Jahren, wobei der Zuwachs bei den Psychotherapeut\*innen deutlich größer ausfällt (+32 %) als bei den Fachärzt\*innen (+5,7 %) oder den Hausärzt\*innen (+2,1 %) (vdek 2022). Dabei ist die Zahl der Köpfe nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der Arztsitze, immer mehr junge Ärzt\*innen arbeiten nicht mehr in Vollzeit oder wie frühere Generationen der „Landärzt\*innen“ gar deutlich darüber hinaus. Dennoch ist das Problem des von vielen wahrgenommenen Ärzt\*innenmangels nicht ausschließlich ein Problem der Anzahl der tätigen Ärzt\*innen. Die Versorgungslücke ergibt sich aus einer komplexen Lage des steigenden Bedarfs der alternden Bevölkerung, sich verändernden Arbeitsumständen und Lebensvorstellungen nachrückender Ärzt\*innengenerationen, und einem Problem der Ressourcenverteilung – dies trifft in besonderem Maße ländliche Regionen und sozial deprivierte Stadtteile.

### Erster Bericht für den Landkreis Marburg-Biedenkopf

Ziel des hier vorliegenden Berichtes ist es, die ambulante vertragsärztliche Versorgungssituation im Landkreis Marburg-Biedenkopf für die knapp 90 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung darzustellen. Sowohl für Haus- als auch für Fachärzt\*innen werden hierfür relevante Versorgungskennziffern tabellarisch zusammengefasst und die Verteilung anhand von Kreiskarten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen grafisch präsentiert. Zudem sind die Maßnahmen, die seitens des Landkreises Marburg-Biedenkopf seit vielen Jahren ergriffen werden, um eine gute Versorgung mit ambulant tätigen Ärzt\*innen zu gewährleisten und wo nötig und möglich zu verbessern, dargestellt.

Als Einstieg in diesen ersten Bericht seitens des Landkreises werden Grundlagen der Bedarfsplanung erläutert. Ambulant tätige Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die Leistungen mit den Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abrechnen möchten, benötigen hierfür eine Zulassung, einen kassenärztlichen Sitz. Die Vergabe der Sitze, also wo sich wie viele Ärzt\*innen welcher Fachgruppe niederlassen können, unterliegt der gesetzlich geregelten Bedarfsplanung. Kenntnisse, bei wem welche Zuständigkeiten liegen und was wie geregelt wird, erleichtern einerseits die Einordnung der vielen Tabellen und der darin aufgeführten Zahlen. Zudem wird nachvollziehbar, welche begrenzten Möglichkeiten einer direkten Einflussnahme der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat, an welchen Stellen der Kreis aber doch auch seinen Beitrag leisten kann und dies bereits tut.



Für die eiligen Leser\*innen sind die wesentlichen Fakten vorab auf zwei Seiten kurz und knapp zusammengefasst (Seiten 6 und 7). Im Bericht verwendete Fachbegrifflichkeiten sind in einem Glossar erläutert (Seite 46-49).

## Bedarfsplanung – wie „funktioniert“ die Versorgungssteuerung für gesetzlich Krankenversicherte in der ambulanten Versorgung?

### Warum braucht und gibt es überhaupt Planung und Steuerung – und welchen Grundsätzen/Prinzipien entsprechen diese?

Durch die Bedarfsplanung soll flächendeckend eine patientennahe ambulante Versorgung für alle gesetzlich Krankenversicherten sichergestellt werden, unabhängig von Wohnort oder Einkommen. Die Planung betrifft alle vertragsärztlich (= mit Kassenzulassung) ambulant tätigen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen. Niederlassungsmöglichkeiten sollen dort ausgewiesen werden, wo diese benötigt werden. So sollen Überangebot und damit Überversorgung in attraktiven Gegenden, zumeist Ballungsräumen, und im Gegenzug Unterversorgung in vermeintlich weniger attraktiven, meist ländlichen oder sozial deprivierten, Gegenden verhindert werden. Durch Begrenzung von Neuzulassungen in bereits Überversorgten Gebieten soll zudem die Motivation zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten gefördert werden.

Die Bedarfsplanung soll damit für eine ausgeglichene Verteilung der Ressourcen für alle Versicherten sorgen – sowohl hinsichtlich der niedergelassenen Ärzt\*innen, als auch in Bezug auf eine Deckelung der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ausgaben im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die zugelassenen Praxen/Ärzt\*innen selbst profitieren durch die Niederlassungsbegrenzung, indem eine wirtschaftlich notwendige Auslastung nahezu sichergestellt ist.

Die Bedarfsplanung bildet die Grundlage für eine patientennahe, ambulante ärztliche Versorgung. Ziel ist ein bedarfsgerechter Zugang zur Versorgung für alle gesetzlich Versicherten und eine ausgeglichene Verteilung der personellen und finanziellen Ressourcen.

### Wer beschließt was und auf welcher Basis?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt auf gesetzlichen Auftrag hin (SGB V § 92) zunächst bundesweit einheitliche Vorgaben der Bedarfsplanung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie fest (SGB V § 101). Diese wird bei Bedarf an aktuelle Gegebenheiten und neuere Erkenntnisse angepasst. Im Rahmen der letzten Anpassung im Jahr 2019 wurden so beispielsweise die demografische Entwicklung allgemein und die Sozial- und Morbiditätsstruktur im Besonderen stärker berücksichtigt – die Verhältniszahlen (Verhältnis der Anzahl zu versorgender Einwohner\*innen pro Ärzt\*in, s. später) wurden angepasst und berücksichtigen nun in stärkerem Maße die Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung und deren Veränderung.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), beispielsweise die KV Hessen, setzen die bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben des G-BA im Bedarfsplan dann für ihre Region um. Hierfür können die einzelnen KVen von den bundeseinheitlichen Vorgaben abweichen, um regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur oder weitere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen. In regelmäßigem Turnus erstellen die einzelnen KVen für ihren Zuständigkeitsbereich (zumeist

Landesebene) einen Bedarfsplan (s. späterer Punkt), dies geschieht im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

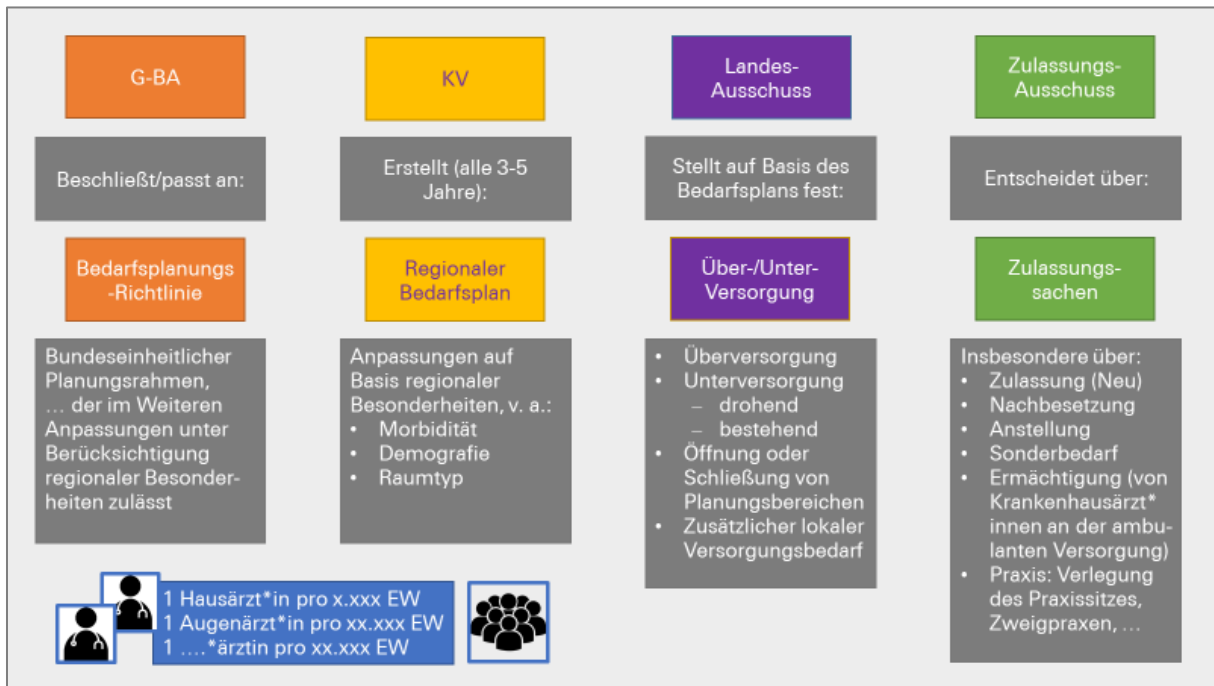


Abbildung 1 Hauptakteur\*innen der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung (G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; KV: Kassenärztliche Vereinigung; EW: Einwohner\*innen; Grafik: eigene Darstellung)

An der Bedarfsplanung und der Umsetzung des Bedarfsplans sind zwei weitere Gremien wesentlich beteiligt (Abb. 1). Der Landesausschuss der Ärzt\*innen und der Krankenkassen bewertet auf Basis des Bedarfsplans halbjährlich die regionale Versorgungssituation und stellt (auf Antrag der KV) Über- bzw. Unterversorgung einer Region fest. Hiervon sind die Öffnung oder Sperrung von Planungsbereichen für Neuzulassungen abhängig. Der Zulassungsausschuss eines Landes trifft auf Basis des Bedarfsplans Entscheidungen in Zulassungssachen (SGB V § 96) für Vertragsärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen (analog bei Zahnärzt\*innen) – erteilt also Zulassungen und entscheidet über Änderungsanträge bereits zugelassener Vertragsärzt\*innen und Vertragspsychotherapeut\*innen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) macht zunächst bundeseinheitliche Rahmenvorgaben.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (u. a. KV Hessen) erstellen innerhalb dieser Rahmenbedingungen regelmäßig einen Bedarfsplan. Dabei können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Ob und inwieweit sie dabei von der einheitlichen Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen sind, wird im Bedarfsplan dargelegt.

Der Landesausschuss bewertet auf Basis des Bedarfsplans halbjährlich die regionale Versorgungssituation und stellt Über- bzw. Unterversorgung fest.

Der Zulassungsausschuss erteilt auf Basis des Bedarfsplans kassenärztliche Zulassungen.

## Welche Rolle haben der Öffentliche Gesundheitsdienst und die kommunale Ebene?

Der Sicherstellungsauftrag der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und damit eines bedarfsgerechten Zuganges aller Versicherten zur Versorgung obliegt den KVen der Länder (so auch der KV Hessen) zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (SGB V §§ 72-73; §§

99 ff.). Wenngleich der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) weder einen expliziten Auftrag noch eine gesetzliche Grundlage zur direkten Einflussnahme hat wird dennoch die Implementierung regionaler Gesundheitsstrategien immer wichtiger. Die Kassenärztliche Vereinigung selbst stellt in ihrem Vorwort fest: „Wir glauben, dass wir längst über den Punkt hinaus sind, an dem eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung das Problem der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung alleine bewältigen kann, ohne dass wir das als Offenbarungseid verstanden wissen wollen“ (KV Hessen 2023).

Die Möglichkeiten des ÖGD beschränken sich dabei auf Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (HGöGD § 5a Abs. 2), die Weiterentwicklung einer vernetzten ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur (HGöGD § 7 Abs. 5), und die Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen zur Umsetzung der Gesundheitsstrategien und zur Koordinierung der lokalen Versorgung (HGöGD § 7 Abs. 8). Das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf setzt hierfür verschiedene Instrumente ein: kontinuierliche Beobachtung der Versorgungssituation, eigene kleinräumige Analysen, Information und Moderation, und Entwicklung von Förderinstrumenten.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat weder einen expliziten Auftrag noch eine gesetzliche Grundlage zur direkten Einflussnahme. Im Rahmen seiner Möglichkeiten beteiligt er sich aber mittels Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion an der Weiterentwicklung einer vernetzten ambulanten Versorgungsstruktur.

## Der Bedarfsplan – Hauptinstrument für die regionale und lokale Versorgungssteuerung

Der Bedarfsplan ist das Hauptinstrument zur konkreten Festlegung und zur Überprüfung der regionalen Versorgungsziele. Die Pläne werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen alle drei bis fünf Jahre erstellt bzw. aktualisiert. Der aktuelle Bedarfsplan der KV Hessen stammt von 2022, die nächste Aktualisierung ist für das Jahr 2025 vorgesehen. Im Bedarfsplan werden für die jeweilige Region unter anderem der aktuelle Stand der Versorgungssituation dokumentiert und analysiert, Ziele der Bedarfsplanung formuliert, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie dezidiert dargelegt und begründet, und neue, konkrete Soll-Zahlen für eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung fortgeschrieben (KVH 2022b).

Der Bedarfsplan mit der Versorgungsanalyse und deren Kennzahlen (v. a. der Versorgungsgrade) bildet die Grundlage für die Beschlüsse des Landesausschusses, die wiederum bindend für die Entscheidungen des Zulassungsausschusses sind. Hier wird über die Sperrung oder (partielle = teilweise) Öffnung von Planungsbereichen entschieden – also ob, wo und wie viele Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sich wo neu niederlassen können. Bei besonderen lokalen Bedarfslagen hat der Zulassungsausschuss in ansonsten gesperrten Planungsbereichen weitere Steuerungsmöglichkeiten.

Der Bedarfsplan ist das Hauptinstrument zur Überprüfung und Festlegung der Versorgungsziele auf regionaler Ebene. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung aktualisiert diesen alle 3-5 Jahre. Anhand des Bedarfsplans wird über Öffnungen und Sperrungen von Planungsbereichen entschieden – welche und wie viele Ärzt\*innen können sich wo neu niederlassen.

## Im Detail: Wer und auf welcher Ebene wird geplant (Versorgungsebenen und Planungsbereiche)?

Alle Arztgruppen (mit Ausnahme der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg\*innen) sind einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet (Abb. 2). Die Planung erfolgt je nach Versorgungsebene in unterschiedlich großen, definierten Planungsbereichen, die eine angemessene Erreichbarkeit der jeweiligen Arztgruppe berücksichtigen. Die hausärztliche Versorgung wird hierbei am kleinräumigsten in den sogenannten Mittelbereichen geplant, um eine flächendeckende, wohnortnahe Verteilung der Versorgung sicherzustellen. Der nächstgrößere Planungsbereich für die Arztgruppen der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘ ist der gesamte Landkreis (alternativ kreisfreie Stadt). Hier wird bereits von Mitversorgungsbeziehungen ausgegangen. Diese folgen dem Konzept, dass die Versorgung aus zentralen Orten (Ober-/Mittelzentren) heraus geschieht, die das Umland mitversorgen.

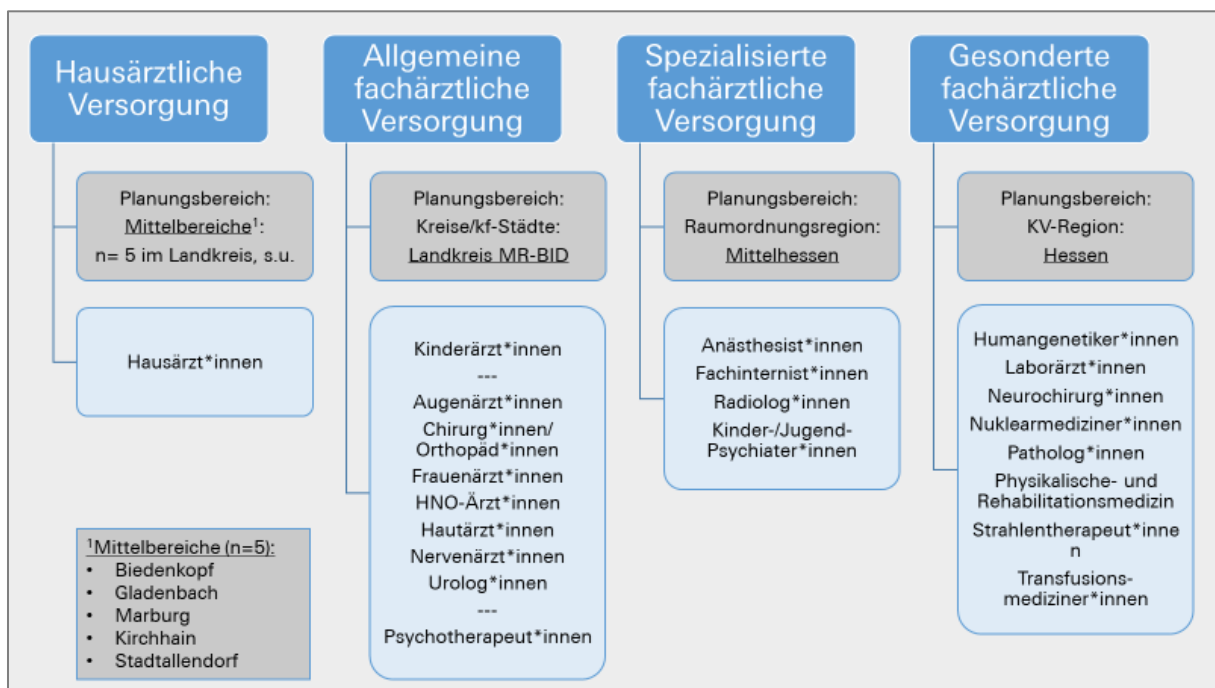


Abbildung 2 Versorgungsebenen mit Planungsbereichen und Arztgruppen (in Anlehnung an: HMSI und KV Hessen 2014)

Die ‚Spezialisierte fachärztliche Versorgung‘ erfolgt auf Ebene einer sogenannten Raumordnungsregion (ROR), in der Regel sind etwa vier Landkreise einer ROR zugeordnet. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf bildet zusammen mit dem Landkreis Gießen, dem Lahn-Dill-Kreis, dem Kreis Limburg-Weilburg und dem Vogelsbergkreis die Region Mittelhessen.

Der ‚Gesondert fachärztlichen Versorgung‘ gehören Arztgruppen an, die nicht unmittelbar patientennah tätig sind (z. B. Patholog\*innen) oder aufgrund ihrer geringen benötigten Anzahl nicht kleinräumig geplant werden können. Die Planungsebene ist die KV-Region, hier Hessen.

Jede Ärzt\*innengruppe ist einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet: Hausärztliche, Allgemein fachärztliche, Spezialisiert fachärztliche, Gesondert fachärztliche Versorgungsebene.

Die Planungsbereiche der einzelnen Versorgungsebenen sind unterschiedlich groß definiert. Am kleinräumigsten werden Hausärzt\*innen geplant. Je spezialisierter die Ärzt\*innengruppe ist, desto großräumiger erfolgt die Planung und damit die Festlegung der Region, innerhalb derer die Ärzt\*innen ihren Praxissitz frei wählen können.

## Wie wird der Bedarf festgelegt und die regionale Versorgungslage bewertet?

Verhältniszahlen (VZ) beschreiben für jede Ärzt\*innengruppe das Soll-Versorgungsniveau, welche Einwohnerzahl von einem/einer entsprechenden Ärzt\*in bedarfsgerecht versorgt werden soll: x.xxx Einwohner\*innen je 1 Ärzt\*in – beispielsweise durchschnittlich rund 1.600 EW je 1 Hausärzt\*in, rund 19.000 EW je 1 Augenärzt\*in (KBV 2022a). Sie sind das zentrale Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung. Die Verhältniszahlen werden zunächst wieder bundeseinheitlich festgelegt (Allgemeine Verhältniszahl), können im Weiteren jedoch regional angepasst werden, um Besonderheiten der lokalen Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. In der Vergangenheit wurden die Verhältniszahlen im Rahmen von Bedarfsplanungsreformen aufgrund sich ändernder Erfordernisse bereits mehrfach adjustiert. Zumeist wurde durch eine Absenkung der Verhältniszahlen (d. h. weniger zu versorgende Einwohner\*innen pro Ärzt\*in) das Versorgungsniveau erhöht. Auch künftig wird es regelhaft alle zwei Jahre sowohl generelle als auch regionale Anpassungen geben, um den Entwicklungen der Demografie und der sich ändernden Morbidität (Krankheitslast) der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

Versorgungsgrad (VG)	Versorgungsniveau	Auswirkungen
100 %	Soll = Ist	Keine. Exakte Übereinstimmung Soll-Ist-Zahl (EW-Arzt-Verhältnis anhand Verhältniszahl).
<75 % bei HÄ <50 % bei FÄ	Unterversorgung (UV)	UV anzunehmen (G-BA: BPL-RL §§ 28-35; SGB V § 100): Prüfung und Feststellung der UV durch Landesausschuss, auf Antrag der KV oder des Landesverbandes der Krankenkassen und Ersatzkassen. Förderung nach Prüfung möglich.
≥75 % bis <110 % bei HÄ ≥50 % bis <110 % bei FÄ	Planungsbereich offen	Reguläre (Neu-)Zulassung möglich, keine Steuerung. Landesausschuss weist die Anzahl freier Arztsitze im Planungsbereich aus.
≥110 %	Überversorgung	Feststellung durch Landesausschuss (G-BA: BPL-RL §§ 23-24; SGB V § 103). Planungsbereich grundsätzlich für Neuzulassungen gesperrt, Zulassungen nur unter besonderen Voraussetzungen (SGB V § 101 Abs. 1(3)).
≥140 %	Überversorgung	Keine Nachbesetzung einer Praxis im Planungsbereich (außer bei Erfüllung besonderer Tatbestände der Nachbesetzung: Verwandte; Praxispartner). (GKV-VSG 2015 in Verbindung mit SGB V § 103 Absatz 3a)

Abbildung 3 Versorgungsgrade und deren Auswirkungen (eigene Darstellung; Quellen: G-BA 2022; SGB V)  
EW: Einwohner\*innen; HÄ: Hausärzt\*innen; FÄ: Fachärzt\*innen; BPL-RL: Bedarfsplanungs-Richtlinie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GKV-VSG: Gesetzliche Krankenversicherung – Versorgungsstärkungsgesetz.

Anhand des Soll-Ist-Abgleichs – wie viele Einwohner\*innen sollten bzw. werden tatsächlich pro Ärzt\*in versorgt – wird je Ärzt\*innengruppe und Planungsregion der Versorgungsgrad (VG) bestimmt und als Prozentzahl des Verhältnisses Soll-Ist ausgedrückt (Abb. 3). Bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent und höher gilt der Planungsbereich als überversorgt und für die entsprechende Ärzt\*innengruppe als „gesperrt“, Neu-Niederlassungen sind dann nur unter besonderen Voraussetzungen möglich. Unter 110 Prozent gilt der Planungsbereich als (partiell) „offen“, hier können sich Ärzt\*innen im Planungsbereich neu niederlassen. Bei einem VG unter 75 Prozent in der hausärztlichen bzw. unter 50 Prozent in der fachärztlichen Versorgung ist Unterversorgung anzunehmen. Diese muss jedoch auf Antrag offiziell durch den Landesausschuss der Ärzt\*innen und Krankenhäuser festgestellt werden, erst dann ist die KV angehalten, die Versorgungsstruktur zu untersuchen und Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten. Regionale

Fördermaßnahmen seitens der KV sind jedoch insbesondere im hausärztlichen Bereich bereits bei einem Versorgungsgrad unter 90 Prozent möglich, um aus einer drohenden Unterversorgung erst gar keine manifeste entstehen zu lassen.

In Abb. 4 sind die wesentlichen Steuerungsmerkmale der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung zusammengefasst:

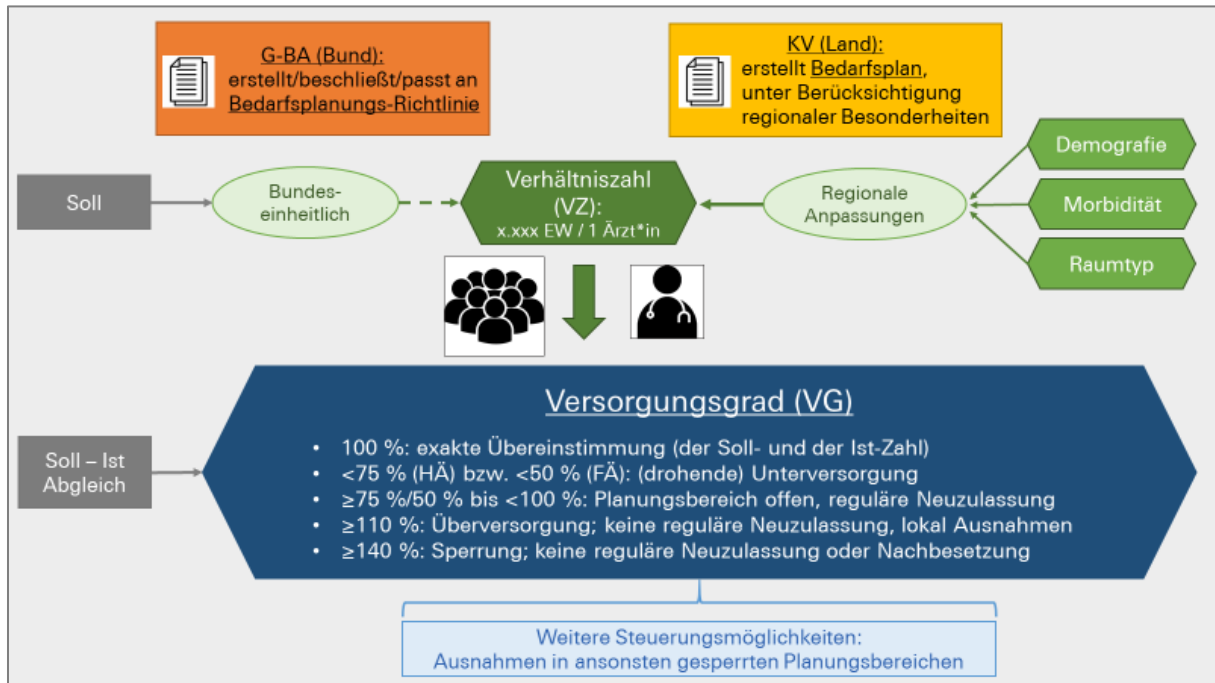


Abbildung 4 Schema der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung (eigene Darstellung)

## Wenn alles geregelt und geplant wird: warum gibt es oft dennoch lange Wartezeiten auf Termine für die Versicherten/Patient\*innen?

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf sind lediglich bei den Hausärzt\*innen in drei der fünf Mittelbereiche Ärzt\*innensitze frei. In den Arztgruppen der Allgemeinen, der Spezialisierten und der Gesonderten fachärztlichen Versorgung besteht gemessen am Versorgungsgrad auf Berechnungsgrundlage des Bedarfsplans in nahezu allen Fachgruppen Übersorgung. Dennoch müssen auch in unserem Landkreis Patient\*innen teils mehrere Wochen auf Termine bei Fachärzt\*innen warten. Mögliche Erklärungen für die Diskrepanz zwischen dem wahrgenommenen und dem errechneten Versorgungsniveau könnten sein:

Innerhalb eines Planungsbereichs können Ärzt\*innen ihren Praxissitz grundsätzlich frei wählen – Hausärzt\*innen im entsprechenden Mittelbereich, Ärzt\*innen der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘ bereits innerhalb des gesamten Landkreises. Die Wahl eines Praxisstandortes fällt häufig auf eine Stadt oder einen größeren Ort mit entsprechend großem potentiellen Patient\*innenstamm im näheren Umkreis – es kommt zur Ballung in den Ober- und Mittelzentren, die wir auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf feststellen. Zudem ist die Anzahl der Ärzt\*innensitze im Rahmen der Bedarfsplanung limitiert. In den meisten Fachärzt\*innengruppen gibt es weniger Sitze als Städte/Gemeinden im Landkreis, sodass selbst bei optimaler Verteilung nicht in jeder Gemeinde oder Stadt ein\*e entsprechende\*r Ärzt\*in angesiedelt werden könnte. Der organisatorisch und wirtschaftlich nachvollziehbare Zusammenschluss mehrerer Ärzt\*innen in einer Berufsausübungsgemeinschaft (z. B. Praxisgemeinschaft) mit gemeinsamer Nutzung der Ressourcen führt zusätzlich zu Konzentrationen an wenigen Standorten. Termine bei einem/einer bestimmten Ärzt\*in, die alleine ein größeres Einzugsgebiet versorgen, können so mit längeren Wartezeiten verbunden sein.

Gemäß Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) müssen Ärzt\*innen bei einem vollen Vertragsarztsitz mindestens 25 Stunden/Woche persönlich für die direkte Patientenversorgung in Form von Sprechstunden in der Praxis oder Hausbesuchen den gesetzlich Krankenversicherten anbieten (für Psychotherapeut\*innen gilt dies analog) (Ärzte-ZV 2021). Die Überprüfung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und ist schwer durchzuführen. Es ist daher möglich, dass einige Ärztinnen und Ärzte weniger Leistungen anbieten als einem vollen Vertragssitz rechnerisch entsprechen.

## Interpretation der Versorgungszahlen

Die Betrachtung der Anzahl („Kopfzahl“) der niedergelassenen Ärzt\*innen ist nicht mehr so aussagekräftig, da ein immer größerer Anteil in Teilzeit tätig ist. Bei der Beurteilung der Versorgungssituation (und bei Vergleichen zu vorherigen Zeiträumen) sollte vor allem auf den Versorgungsgrad (in Prozent) fokussiert werden. Aber auch dieser spiegelt die „erlebte“ Versorgungslage nur unzureichend wider: Kennzahlen sind primär auf die Einwohner\*innenzahl des jeweiligen Mittelbereiches, des Landkreises oder Bezirkes berechnet (s. o.) – tatsächliche Wanderbewegungen seitens der Patient\*innen innerhalb des Landkreises und zwischen benachbarter Landkreise (G-BA: Pendlerverflechtungen und „Mitversorgungseffekte“) werden nur teilweise berücksichtigt.

# Allgemeine Entwicklungen in der ambulanten Versorgung

## Ausgaben und Inanspruchnahme

Rund 74 Millionen Menschen (von mehr als 83 Mio. gesamt in D, 2022) sind in einer der aktuell 97 Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, der Anteil der gesetzlich Versicherten beträgt 88 % der Bevölkerung (vdek 2022). Die Leistungsausgaben der GKV steigen vor allem aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts kontinuierlich an, in den vergangenen Jahren jährlich um etwa 4-6 % pro Jahr insgesamt und anteilig in gleicher Weise im ambulanten Bereich. Im Jahr 2021 beliefen sich die Leistungsausgaben der GKV (ohne Verwaltung) auf 263 Mrd. Euro. Der größte Anteil entfällt mit knapp einem Drittel (32,6 % bzw. 85,9 Mrd. Euro) auf Krankenhauskosten. Ambulante ärztliche Leistungen (ohne zahnärztliche Leistungen) machen 17,0 % der Gesamtausgaben aus (44,8 Mrd. Euro) [Anm.: nahezu gleich viel wie Arzneimittel: 17,7 % mit 46,6 Mrd. Euro] (vdek 2021).

Um die Kosten und damit auch die Versichertenbeiträge im Rahmen zu halten braucht es eine Deckelung der Gesamtausgaben, zumal der Versorgungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels und des damit verbundenen morbiditätsbedingten Anstiegs der Behandlungsanlässe weiter zunehmen wird. Im ambulanten Bereich steigen die Ausgaben dabei auch durch die gewollte und zunehmende Verlagerung originär stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor („Ambulantisierung“). Seit Jahren werden die Anzahl der Kliniken und Klinikbetten sowie die Liegetage reduziert, Letzteres seit Einführung der Fallpauschalen (DRGs: Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004. Im Gegenzug kommt es zu einer Zunahme ambulanter Leistungen in Hinblick auf Diagnostik, Therapie und Operationen einschließlich der Vor- und Nachbehandlung, welche ambulant tätige Haus- und Fachärzt\*innen gleichermaßen betreffen.

Ambulante Leistungen nehmen zu. Grund ist einerseits ein demografisch und morbiditätsbedingt steigender Bedarf an Versorgungsleistungen. Zudem werden immer mehr Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor verschoben.

In der Bevölkerung ab 18 Jahren nimmt die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen mit dem Alter zu und ist bei Frauen höher als bei Männern. Ausnahme sind psychiatrisch/psychotherapeutische Leistungen: bei Frauen nehmen diese mit zunehmendem Alter ab, bei Männern bleiben diese lange relativ konstant, bevor es in höherem Lebensalter ab 65 Jahren wie auch bei den Frauen zu einer deutlichen Abnahme kommt, die Inanspruchnahmen ist auch hier bei Männern generell geringer als bei Frauen (Prütz et al. 2021). Die 12-Monats-Prävalenz jedweder ambulanten ärztlichen Versorgung steigt über die Lebensspanne bei erwachsenen Frauen von 90,4 % auf 94 %, bei Männern von 78,4 % auf 93,7 %. Im Altersverlauf kommt es somit zu einer Angleichung bei den Geschlechtern, bei den über 65-Jährigen sind keine Unterschiede mehr erkennbar (Prütz et al. 2017). Hinsichtlich der Arztgruppen nehmen von allen Personen ab 18 Jahren rund 80 % mindestens einmal im Jahr hausärztliche beziehungsweise allgemeinärztliche Versorgung in Anspruch, 60 % fachärztliche und etwa 10 % psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nutzen dabei tendenziell eher allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Leistungen, Personen mit hohem sozioökonomischem Status suchen häufiger direkt Fachärzt\*innen auf (Prütz et al. 2021).



## Als Ärztin/Arzt ambulant arbeiten

Bis sich eine Person als Arzt/Ärztin in eigener Praxis niederlassen kann vergehen mindestens 11 Jahre. Ein Medizinstudium hat eine Regelstudienzeit von 12 bis 13 Semestern, mit Promotion können ein bis zwei weitere Semester hinzukommen. Nach der Approbation schließt sich eine Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin an, je nach Fachrichtung sind dies entsprechend der Weiterbildungsordnung fünf bis sechs Jahre (in Teilzeit entsprechend länger). Gerade für Frauen stellt sich während oder im Anschluss an diese Phase die Frage nach einer Familiengründung mit kompletten Auszeiten oder Reduktion auf Teilzeittätigkeit.

Auch nach Erlangen des Fach\*ärztinnen-Titels arbeiten nicht wenige vor Gründung oder Übernahme einer Praxis erst einige Zeit angestellt – oftmals in der zur Übernahme geplanten Praxis, gerade im hausärztlichen Bereich. Zumal eine Niederlassung vorbereitet werden muss – dazu werden verschiedene Anträge gestellt, deren Bearbeitung einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Ab dem Zeitpunkt der Entscheidung zur Selbstständigkeit bis zur Eröffnung oder Übernahme einer Praxis vergehen meist ein bis zwei Jahre. Bei Aufnahme der Selbstständigkeit in ambulanter Praxis ist ein Arzt/eine Ärztin daher in der Regel über 40 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag im Jahr 2017 bei 42,3 Jahren (Beerheide 2017).

Befragt nach den Gründen für die Wahl des Praxisstandortes gaben 65 zugelassene Hausärzt\*innen im Landkreis Tübingen in einer Befragung in absteigendem Ranking an: regionale Verbundenheit, günstige Praxisübernahmebedingungen, familienfreundliches Umfeld, hohe Lebensqualität, gute Arbeitsbedingungen, Jobangebot für den/die Partner\*in, Freizeit, Sonstige und an letzter Stelle ökonomische Gründe (Hermann et al. 2018).

Bei der Wahl des Praxisstandorts zählen „weiche Bedingungen“ mehr als ökonomische Faktoren.

Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass sich junge Ärzt\*innen nach Abschluss der Facharztweiterbildung seltener selbstständig niederlassen, dafür häufiger angestellt arbeiten. Dies betrifft beide Geschlechter. Die Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzt\*innen in Deutschland stieg innerhalb von 10 Jahren (2012 zu 2021) um mehr als das Doppelte (+137 %) (Statista 2023).

Insgesamt spielen die Work-Life-Balance und familienfreundliche Rahmenbedingungen der Berufsausübung für beide Geschlechter eine größere Rolle als früher. Neben dem Trend der Anstellung arbeitet ein zunehmender Anteil sowohl der weiblichen als auch der männlichen Ärzt\*innen in Teilzeit, die Kombination aus Anstellung und Teilzeitarbeit treffen häufig aufeinander. In 2020 gaben etwas mehr als die Hälfte der angestellten Ärzt\*innen an, in Teilzeit zu arbeiten. Hierdurch reduzieren sich die gesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Selbstständig Tätige (Praxisinhaber) leisten im Durchschnitt deutlich mehr wöchentliche Arbeitsstunden als Angestellte (ZI 2020; Seite 32). Selbst bei Vollzeit-Tätigkeit leisten Angestellte im Durchschnitt weniger Stunden als Zugelassene bei einem vollen Sitz.

Allerdings nimmt auch unter den Zugelassenen (Selbstständigen) Teilzeitarbeit zu, wenngleich in deutlich geringerem Maße als bei Angestellten (Abb. 5). In Hessen lag 2007 der Anteil der Vollzeitbeschäftigung unter den Zugelassenen in allen Arztgruppen bei 100 %, in 2021 dagegen bei den Hausärzt\*innen bei 95 %, bei den Fachärzt\*innen bei 81 %. Bei angestellten Hausärzt\*innen sanken die Anteile der Vollzeitbeschäftigung von 2007 zum Jahr 2021 von 68 % auf 60 %, bei Fachärzt\*innen von 60 % auf 32 % (KVH 2022b).

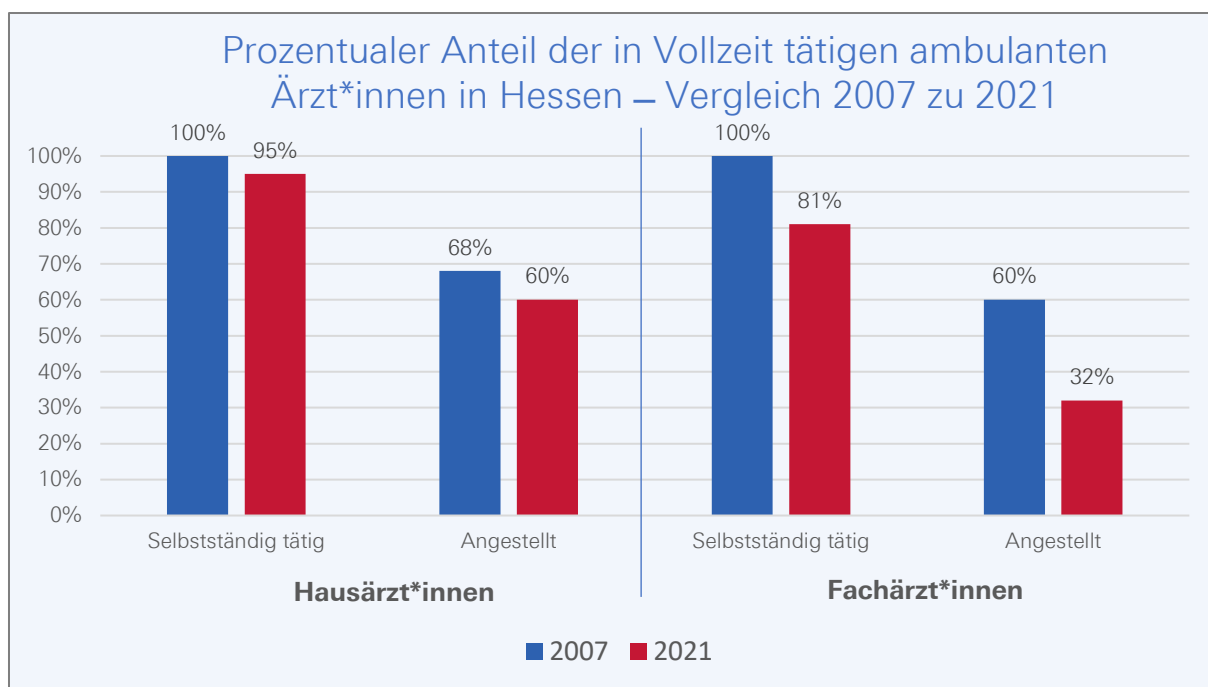


Abbildung 5 Abnahme des Anteils der in Vollzeit tätigen ambulanten Ärzt\*innen in Hessen von 2007 zu 2021 (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2022b)

Als eine Ursache für diese Entwicklung wird auch die „Feminisierung“ der Medizin diskutiert. Im Jahr 2021 waren im Landkreis Marburg-Biedenkopf 47,3 % der Hausärzt\*innen weiblich (zum Vergleich Hessen: 48,0 %, in 2010 in Hessen 37 %). Deutschlandweit waren im Jahr 2022 erstmals mehr Frauen (50,3 %) als Männer (49,7 %) in der ambulanten Versorgung tätig (Stiftung Gesundheit 2022). In Zukunft wird der Frauenanteil weiter deutlich steigen, mittlerweile sind knapp zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich (Destatis 2022).

Betrachtet man die Entwicklungen im Gesamten zeigt sich, dass die ambulante Arbeit zwar auf mehr Köpfe verteilt wird, diese in Summe aber weniger Stunden zur Verfügung stehen als es zu Zeiten der überwiegend in Einzelpraxen Selbstständigen der Fall war.

**Anstellung und Teilzeittätigkeit liegen immer mehr im Trend.**

**Bei den Praxisformen lösen Kooperationsformen die Einzelpraxis zunehmend ab.**

Bei den Niederlassungsformen gehen Anzahl und Anteil der Einzelpraxen – noch ist diese die am stärksten vertretene Praxisform – kontinuierlich zurück zugunsten verschiedener Kooperationsmodelle mehrerer Ärzt\*innen der gleichen oder auch unterschiedlicher Fachrichtungen. Dabei ist auch in einer Einzelpraxis die Anstellung von Kolleg\*innen möglich, ebenso die Berufsausübung an verschiedenen Standorten mittels sogenannter Zweigpraxen (auch: Filialpraxen), sofern diese eine Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten darstellen. Neben der Einzelpraxis ist eine sogenannte Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), ehemals auch als Gemeinschaftspraxis bekannt, die zweithäufigste Niederlassungsform. Zwei oder mehr Ärzt\*innen (oder Psychotherapeut\*innen) betreiben gemeinschaftlich eine Praxis. Dabei haben sie einen gemeinsamen Patient\*innenstamm, nutzen die Praxisräume, die Gerätschaften und das Praxispersonal zusammen und rechnen ihre erbrachten Leistungen gemeinschaftlich ab. Die Berufsausübung kann auch als überörtliche BAG an verschiedenen Standorten stattfinden.

Ein Gesundheitszentrum ist das Angebot verschiedener medizinisch-gesundheitlicher Leistungserbringer an einem Ort/unter einem Dach. Neben Arztpraxen können dies beispielsweise auch Therapiepraxen, eine Apotheke, Hebammen oder ein Pflegedienst sein. Die Arztpraxen können in einem Gesundheitszentrum jedwede Niederlassungsform (Einzelpraxis, BAG, etc.) beinhalten.

Neben kurzen Wegen für die Patient\*innen liegt der Vorteil für alle Beteiligten in der Möglichkeit guter Kooperation zwischen den einzelnen Professionen bei Erhalt der Selbstständigkeit der einzelnen beteiligten Berufsgruppen.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ärztlich geleitete Einrichtungen, bei denen mehrere facharztgruppengleiche oder fachübergreifende Arztpraxen unter einem Dach vereint sind. Die weiteren Ärzt\*innen neben der Leitung sind dort als selbstständige Vertragsärzt\*innen oder – in überwiegender Anzahl – angestellt tätig. Die Gründung und Zulassung eines MVZ ist in SGB V § 95 Abs. 1a geregelt. Wenngleich bundesweit der Anteil der MVZ mit etwa vier Prozent (im Jahr 2020) an der Gesamtversorgung noch gering ist, steigt die Anzahl der MVZ seit dem Jahr 2015 bundesweit deutlich an (KBV 2022b).

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf spielen MVZ in der hausärztlichen Versorgung derzeit keine oder höchstens eine untergeordnete Rolle (Tab. 1).

*Tabelle 1 Versorgungsanteile von MVZ an der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf*

Mittelbereich (Landkreis Marburg-Biedenkopf)	Versorgungsanteil MVZ in % (hausärztlich)
<b>Biedenkopf</b>	0,0
<b>Gladenbach</b>	5,6
<b>Kirchhain</b>	0,0
<b>Marburg</b>	3,4
<b>Stadtallendorf</b>	0,0
<b>Hessen GESAMT (Durchschnitt)</b>	6,7

Stand: 01.06.2022;  
Quelle: KVH 2022b

In der Gruppe der Allgemein fachärztlichen Versorgung unterscheiden sich die von MVZ angebotenen Versorgungsanteile je nach Fachdisziplin und liegen im Landkreis in den meisten Arztgruppen deutlich unter den Anteilen des hessischen Durchschnitts (Tab. 2). Höhere Versorgungsanteile kommen meist durch wenige Praxen mit jeweils mehreren, meist angestellten, Ärzt\*innen zustande.

*Tabelle 2 Versorgungsanteile von MVZ an der allgemein fachärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf und im Vergleich zu Hessen*

Arztgruppe	Landkreis Marburg-Biedenkopf Versorgungsanteil MVZ in %	Hessen (Durchschnitt) Versorgungsanteil MVZ in %
<b>Augenärzt*innen</b>	26,9	31,4
<b>Chirurg*innen, Orthopäd*innen</b>	4,4	22,9
<b>Frauenärzt*innen</b>	0,0	15,7
<b>Hautärzt*innen</b>	0,0	5,5
<b>HNO-Ärzt*innen</b>	11,1	7,9
<b>Kinderärzt*innen</b>	0,0	7,4
<b>Nervenärzt*innen</b>	12,0	15,9
<b>Urolog*innen</b>	28,6	12,0
<b>Psychotherapeut*innen</b>	1,1	3,1

Stand: 01.06.2022  
Quelle: KVH 2022b

Überdurchschnittlich häufig in MVZ niedergelassen sind hochspezialisierte Facharztgruppen insbesondere der Gesondert fachärztlichen Versorgungsebene mit Planungsebene Hessen (nicht abgebildet). Die höchsten Versorgungsanteile weisen in Hessen Laborärzt\*innen und Transfusionsmediziner\*innen mit über 90 % auf, gefolgt von Strahlentherapeut\*innen (79 %) und Humangenetiker\*innen (74 %) (KVH 2022b).

## Struktur und Bevölkerung des Landkreises Marburg-Biedenkopf

### Bevölkerung und steigender Versorgungsbedarf

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf mit 22 Städten und Gemeinden hat derzeit 246.097 Einwohner\*innen (Stand 31.12.2021). Bezüglich der Gesamtzahl der Bevölkerung gehen Prognosen von einer etwa gleichbleibenden, gegebenenfalls einer geringfügigen Abnahme der Bevölkerungszahl im Landkreis Marburg-Biedenkopf um -0,5 % von 2018 zu 2040 aus (Land Hessen Zunahme um 1,3 %) (HSL 2019). Bezüglich der Geburtenzahl ist in diesem Jahrzehnt derzeit im Landkreis wie auch bundesweit mit einer relativ konstanten Situation zu rechnen. Allerdings können hier politische, wirtschaftliche als auch gesellschaftliche Einflüsse und Entscheidungen zu kurz- und mittelfristigen Schwankungen führen.

Der Landkreis ist überwiegend ländlich geprägt. Verdichtungen gibt es im einzigen Oberzentrum, der Universitätsstadt Marburg mit 76.571 Einwohnenden, sowie in den Mittelzentren, den Städten Biedenkopf, Gladenbach, Kirchhain und Stadtallendorf. Um diese fünf Städte herum, das Oberzentrum und die Mittelzentren, sind auch die fünf Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgungsebene (Mittelbereiche; MB) des Landkreises gebildet. Die Anzahl der Ärzt\*innensitze wird für jeden MB berechnet und ausgewiesen, um so eine bedarfsgerechte, flächendeckende, wohnortnahe hausärztliche Versorgung zu steuern.

Auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung zu (Abb. 6), der Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis steigt prognostisch von 2018 bis 2040 um 33 Prozent an (von 19,6 % auf 26,1 %) (HSL 2019). Der Altenquotient<sup>1</sup> steigt in diesem Zeitraum kontinuierlich von 31,7 (2018) auf geschätzt 41,9 (2030) bzw. 46,7 (2040), gleichzeitig sinkt der Jugendquotient<sup>2</sup>. Im Vergleich zu anderen mittelhessischen Nachbarlandkreisen liegt der Anteil der älteren Bevölkerung jedoch tendenziell unter dem Durchschnitt.

Innerhalb des Landkreises Marburg-Biedenkopf hat die Universitätsstadt Marburg aufgrund der hohen Anzahl Studierender die jüngste Altersstruktur, der Anteil der über 65-Jährigen liegt hier bei 22,1 %. Die Kommunen mit dem höchsten Anteil älterer (ab 65-Jährige) und hochaltriger (ab 80-Jährige) Personen sind Wohratal (34,8 % über 65 Jahre), Fronhausen (32,0 %), und Münchhausen (31,8 %) (HSL 2019).

---

<sup>1</sup> Verhältnis der Anzahl der ab 65-Jährigen im Vergleich zu den 20- bis unter 65-Jährigen je 100 Personen der Altersgruppe

<sup>2</sup> Verhältnis Jugendliche (Personen im Alter bis unter 20 Jahren) zu Personen im erwerbsfähigen Alter (20- bis unter 65-Jährige).

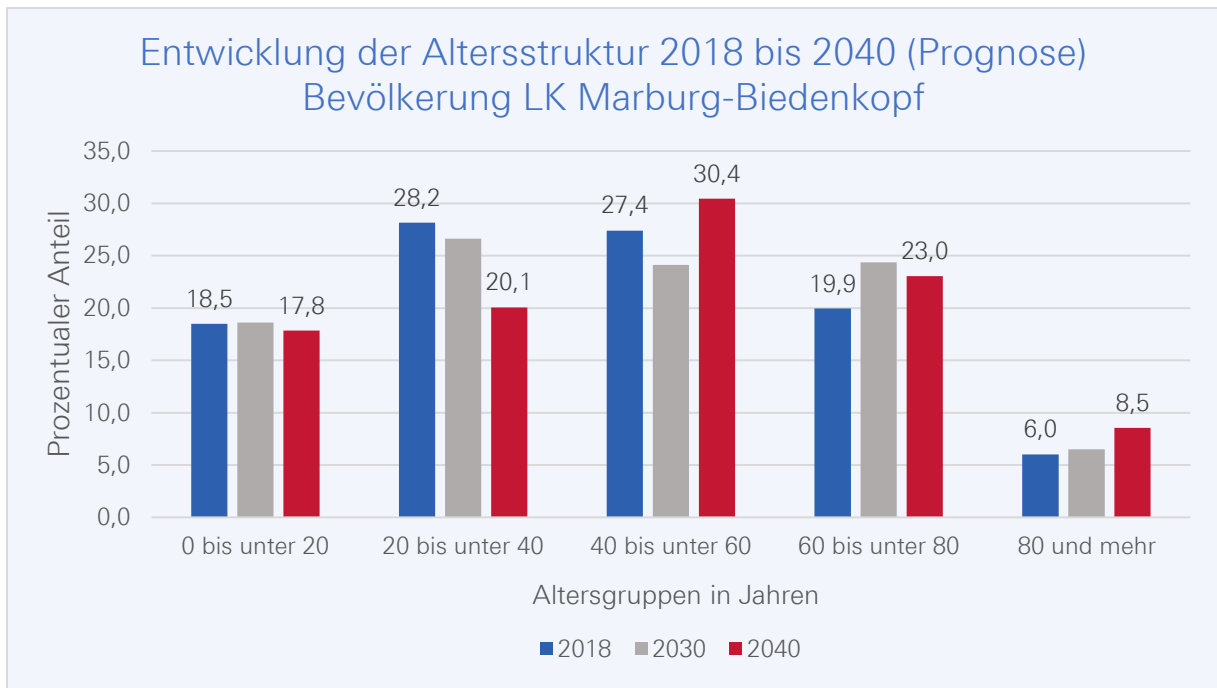


Abbildung 6 Prognose der Veränderung der Altersstruktur im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: HSL 2019)

Mit steigendem Lebensalter nehmen chronische Erkrankungen sowie Multimorbidität (das Vorliegen mehrerer Erkrankungen gleichzeitig) zu, ältere Menschen nehmen mehr medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch. Kommen Einschränkungen der Mobilität hinzu, wird eine wohnortnahe Versorgung immer wichtiger – aber ebenso das Angebot und die Annahme alternativer Konsultationsmöglichkeiten – seien es nichtärztliche Praxisassistent\*innen oder auch Innovationen wie beispielsweise die Telemedizin mit Videokonsultationen oder Gesundheits-Apps für die Übermittlung diagnostischer Werte oder auch therapeutischer Anleitungen. Doch nicht nur bei älteren Personen steigt die Morbidität an. So treten aufgrund des Klimawandels unter anderem Allergien nicht mehr wie bislang saisonal begrenzt auf, in unseren Regionen bislang nicht vorkommende Infektionskrankheiten breiten sich aus, es kommt zu einem Anstieg hitzebedingter Herz-Kreislauf- und Atemwegsprobleme (van Daalen et al., 2022). Die gegenläufige Entwicklung einer alternden Gesellschaft mit Zunahme des Versorgungsbedarfs bei gleichzeitig weniger Ärzt\*innen, v. a. im ländlichen Bereich, stellt eine zunehmende Herausforderung zur Deckung des Versorgungsbedarfs dar.

## Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Bei der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung schneidet der Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Tab. 3) und Deutschland (Abb. 7) insgesamt gut ab. Bei etlichen Indikatoren liegen die hier ambulant tätigen Ärzt\*innen im Mittelfeld, bei einigen auch darüber. Die Arztdichte ist über alle Arztgruppen hinweg betrachtet (Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen) mit 224,2 je 100.000 Einwohner\*innen hessen- und bundesweit weit überdurchschnittlich (Abb. 7). Bei den Hausärzt\*innen mit 67,0 je 100.000 Einwohner\*innen liegt die Arztdichte im Landkreis hessen- und bundesweit im guten Mittelfeld (ohne Abb.). Das Durchschnittsalter der Ärzt\*innen liegt im Landkreis hessen- und bundesweit ebenfalls im Mittelfeld (Tab. 3). Der Anteil der über 65-jährigen Ärzt\*innen ist im Landkreis bei den Hausärzt\*innen mit 13,3 % etwas geringer als im bundesweiten Mittel. Der Anteil weiblicher Ärztinnen ist im Landkreis bei den Fachärzt\*innen mit fast 60 % für West-Deutschland außergewöhnlich hoch. (KBV 2022c).

*Tabelle 3 Indikatoren der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen*

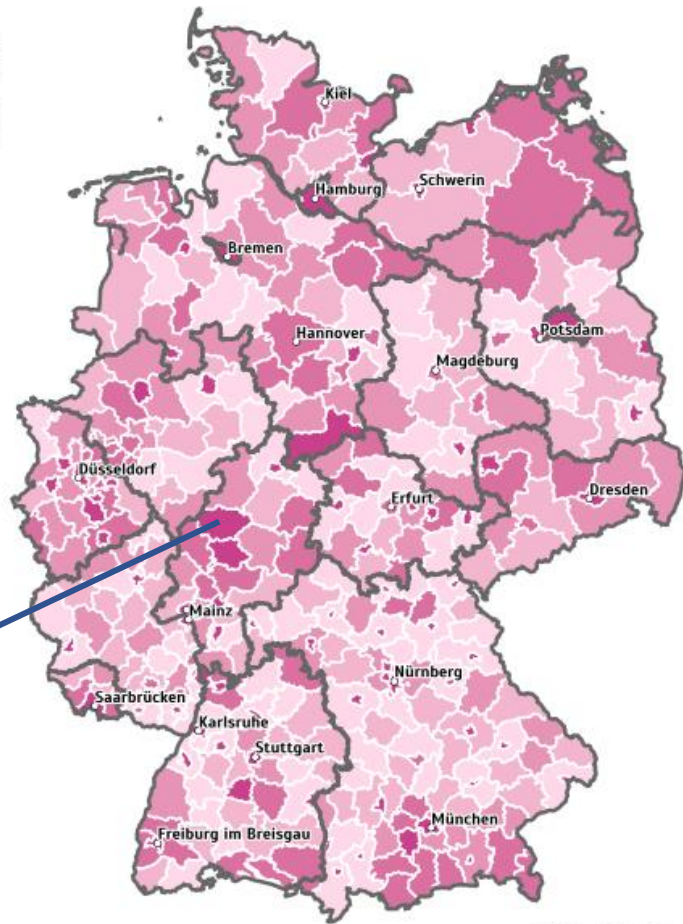
Indikator (Stand: 2021)	Fachgruppe	Landkreis MR-BID	Hessen
Arztdichte (Ärzt*innen je 100.000 EW)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	224,2	225,7
	Hausärzt*innen	67,0	65,4
Durchschnittsalter (in Jahren)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	54,2	54,0
	Hausärzt*innen	55,4	55,2
Anteil weiblicher Ärztinnen (in %)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	59,8	51,5
	Hausärzt*innen	47,3	48,0
Anteil Ärzt*innen über 65 Jahre (in %)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	12,9	12,6
	Hausärzt*innen	13,3	15,1
Anteil Vertragsärzt*innen (in %)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	84,1	71,7
	Hausärzt*innen	79,4	75,5
Anteil angestellte Ärzt*innen (in %)	Alle Ärzt*innen <sup>1</sup>	10,3	11,2
	Hausärzt*innen	17,6	17,3

<sup>1</sup> Alle ambulant tätigen Ärzt\*innen (inkl. Hausärzt\*innen) und Psychotherapeut\*innen  
 Quelle: KBV 2022c (Abruf 30.12.2022)

Arztdichte (Ärzte je 100.000 EW), alle Ärzte/Psychotherapeuten, Kreise, 2021

- von 79,0 bis 140,5
- von 140,5 bis 151,0
- von 151,0 bis 164,8
- von 164,8 bis 220,6
- von 220,6 bis 411,0

Landkreis  
Marburg-  
Biedenkopf



100 km

Quelle : Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research / OpenStreetMap

Abbildung 7 Arztdichte bezogen auf alle Ärzt\*innen einschließlich Psychotherapeut\*innen (Quelle: KBV 2022c; 11.01.2023)

## Hausärztliche Versorgung

Der hausärztlichen Versorgung gehören neben Fachärzt\*innen für Allgemeinmedizin auch hausärztlich tätige Internist\*innen an. Darüber hinaus können auch die „Praktischen Ärzt\*innen“ hausärztlich tätig sein. Hierbei handelt es sich um approbierte Ärzt\*innen ohne Facharztweiterbildung. Bis ins Jahr 1992 konnten sich Ärzt\*innen direkt nach dem Medizinstudium als Hausarzt/Hausärztin niederlassen, seit 1993 ist eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in allen Ärzt\*innengruppen – auch für hausärztliche Tätigkeit – Grundvoraussetzung, um in der Niederlassung vertragsärztlich tätig sein zu können. Kurz vor Abschaffung dieser Niederlassungsmöglichkeit und einer gleichzeitigen, restriktiven Bedarfsplanungsreform ließen sich in den Jahren 1992 - 1993 noch etwa 10.000 Mediziner\*innen, davon ein hoher Anteil „Praktischer Ärzt\*innen“, hausärztlich nieder („Seehofer Bauch“; Horst Seehofer, damaliger Gesundheitsminister). Ein Großteil hiervon geht aktuell bzw. in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Dies verschärft aktuell die Nachbesetzungsproblematik zusätzlich.

Hausärzt\*innen stellen die ärztliche Grundversorgung der Bevölkerung sicher. Die Planungsebene ist mit den Mittelbereichen eines Landkreises die kleinräumigste aller Arztgruppen. Dies soll eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche auch abseits von Ballungsräumen sicherstellen.

### Aktueller Stand im Landkreis Marburg-Biedenkopf (01.12.2022)

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf ist in jeder Gemeinde/jeder Stadt mindestens ein Hausarzt/eine Hausärztin ansässig, eine flächendeckende Versorgung ist grundsätzlich gegeben (Abb. 8).

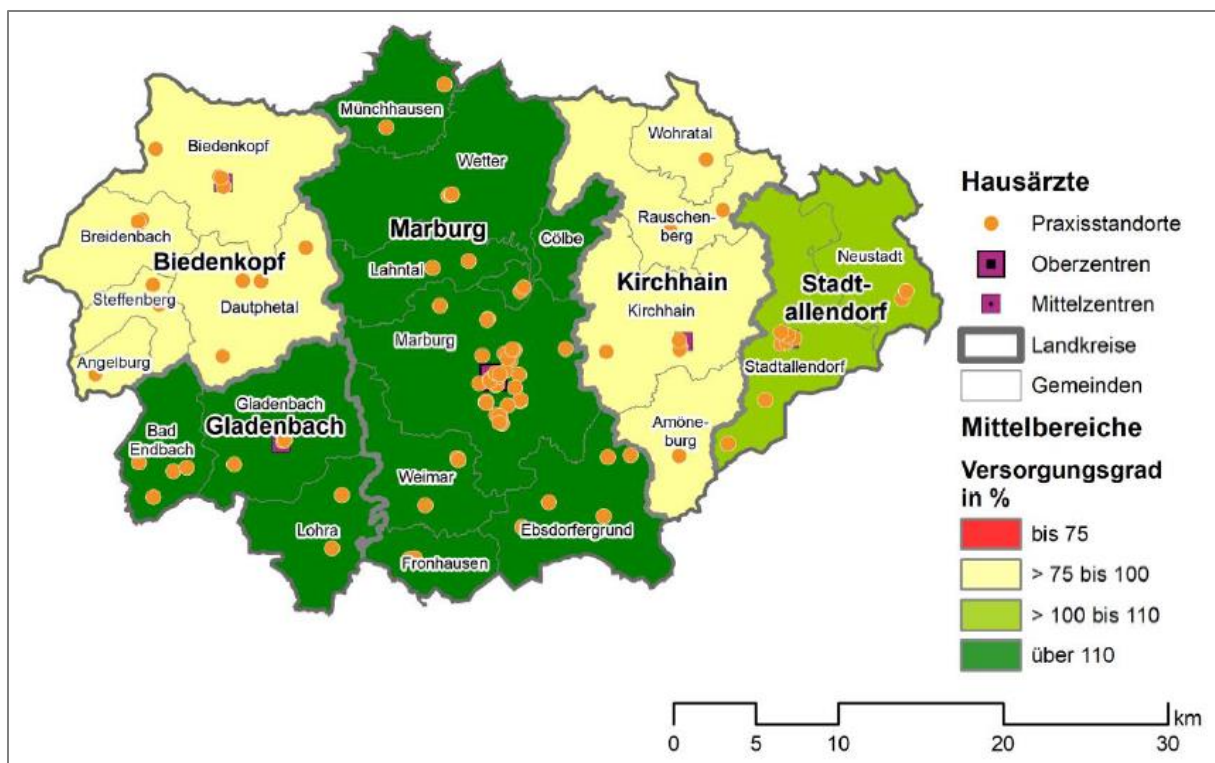


Abbildung 8 Praxisstandorte der Hausärztlichen Versorgungsebene (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Insgesamt praktizieren mit Stand Dezember 2022 im Landkreis 169 Hausärzt\*innen in 97 Praxen (Tab. 4). Aufgrund von Teilzulassungen (Teilzeitarbeit, zumeist halbe Arztsitze) liegt die Anzahl der wahrgenommenen kumulierten Arztsitze naturgemäß etwas niedriger als die Kopfzahl der tätigen Ärzt\*innen.



Tabelle 4 Versorgungs-Kennzahlen der Hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Mittelbereich	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
<b>Biedenkopf</b>	13	21	22,00	90,13	4,00
<b>Gladenbach</b>	9	18	19,00	111,56	0,00
<b>Kirchhain</b>	10	19	17,25	101,57	1,25
<b>Marburg</b>	54	92	84,50	118,61	0,00
<b>Stadtallendorf</b>	11	19	18,50	100,17	2,00
<b>GESAMT</b>	<b>97</b>	<b>169</b>	<b>161,25</b>	<b>106,64</b>	<b>7,25</b>

Stand: Arztstand 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
 VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022  
 Quelle: KVH 2022a (Abruf 17.01.2023)

Die Mittelbereiche Marburg und Gladenbach gelten aufgrund eines Versorgungsgrades (VG) von über 110 Prozent als üerversorgt und sind damit derzeit für Neuzulassungen gesperrt. Die drei Mittelbereiche Biedenkopf, Kirchhain und Stadtallendorf weisen jeweils einen Versorgungsgrad unter 110 Prozent auf (Tab. 4) und sind damit partiell geöffnet, hier könnten sich weitere Hausärzt\*innen niederlassen. Den größten Bedarf an Nachbesetzungen oder neuen Niederlassungen weist hierbei der Mittelbereich Biedenkopf mit einem Versorgungsgrad von 90 Prozent und vier freien Haus\*ärztinnen-Sitzen auf. Kein Mittelbereich gilt als unterversorgt.

## Entwicklung der hausärztlichen Versorgung

Das Versorgungsniveau der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf stellt sich über die vergangenen Jahre konstant dar (Abb. 9). Freiwerdende Haus\*Ärztinnen-Sitze konnten in aller Regel nachbesetzt werden.

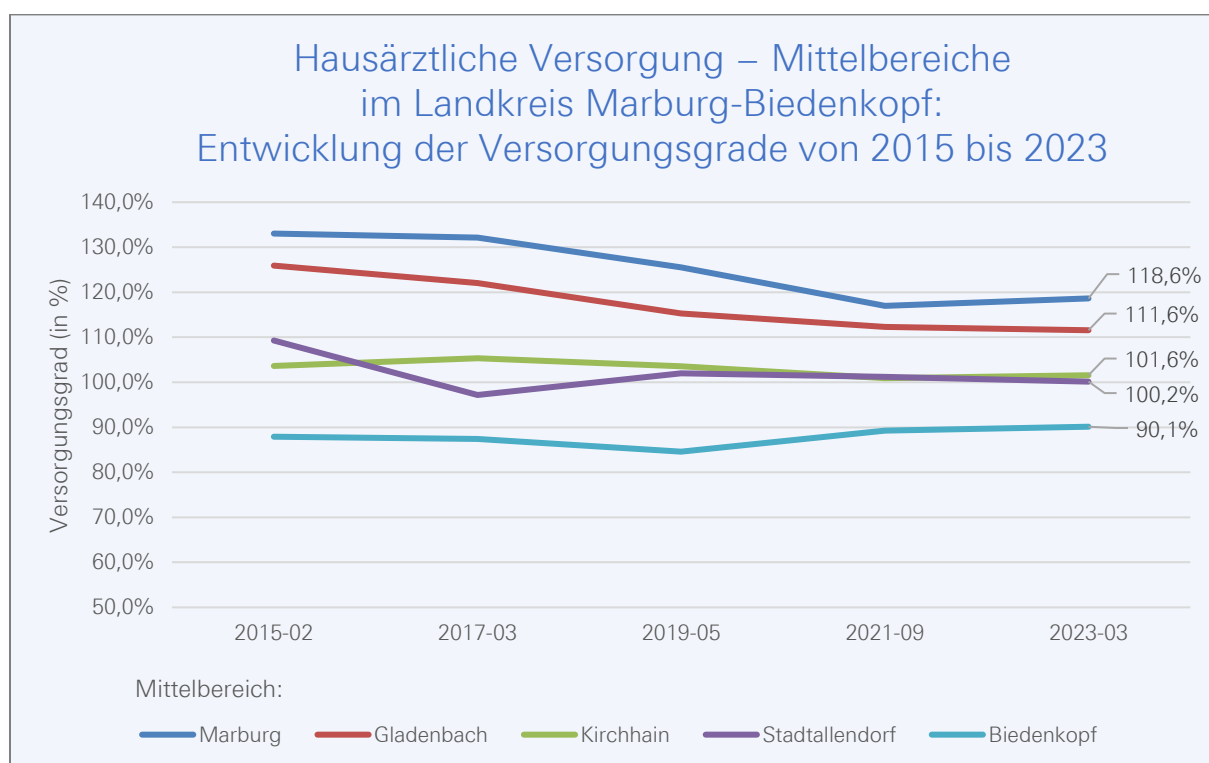


Abbildung 9 Entwicklung der Versorgungsgrade (hausärztliche Versorgung) von 2015 bis 2023 im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: KVH Daten; Stand 01.04.2023)

## Prognose (Durchschnittsalter und Nachbesetzungsbedarf)

Beim Blick auf die Altersstruktur zeigt sich, dass etwa ein Drittel der Hausärzt\*innen jünger als 50 Jahre ist, ein Drittel zwischen 50 und 60 Jahre alt, und ein Drittel älter als 60 Jahre (Abb. 10). Die Altersverteilung der Hausärzt\*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf entspricht in etwa der Verteilung in Hessen.

Die Altersverteilung ist realistischer einzuordnen unter der Berücksichtigung, dass Nachwuchsmediziner\*innen im Durchschnitt mit 42 Jahren den Schritt in die Niederlassung gehen (Beerheide 2017). Insofern ist die Altersstruktur nicht ungewöhnlich, zudem befinden sich unter den angestellt tätigen Ärzt\*innen durchaus auch jüngere. Nichtsdestotrotz lässt sich anhand der Altersstruktur ein hoher absehbarer Nachbesetzungsbedarf ableiten.

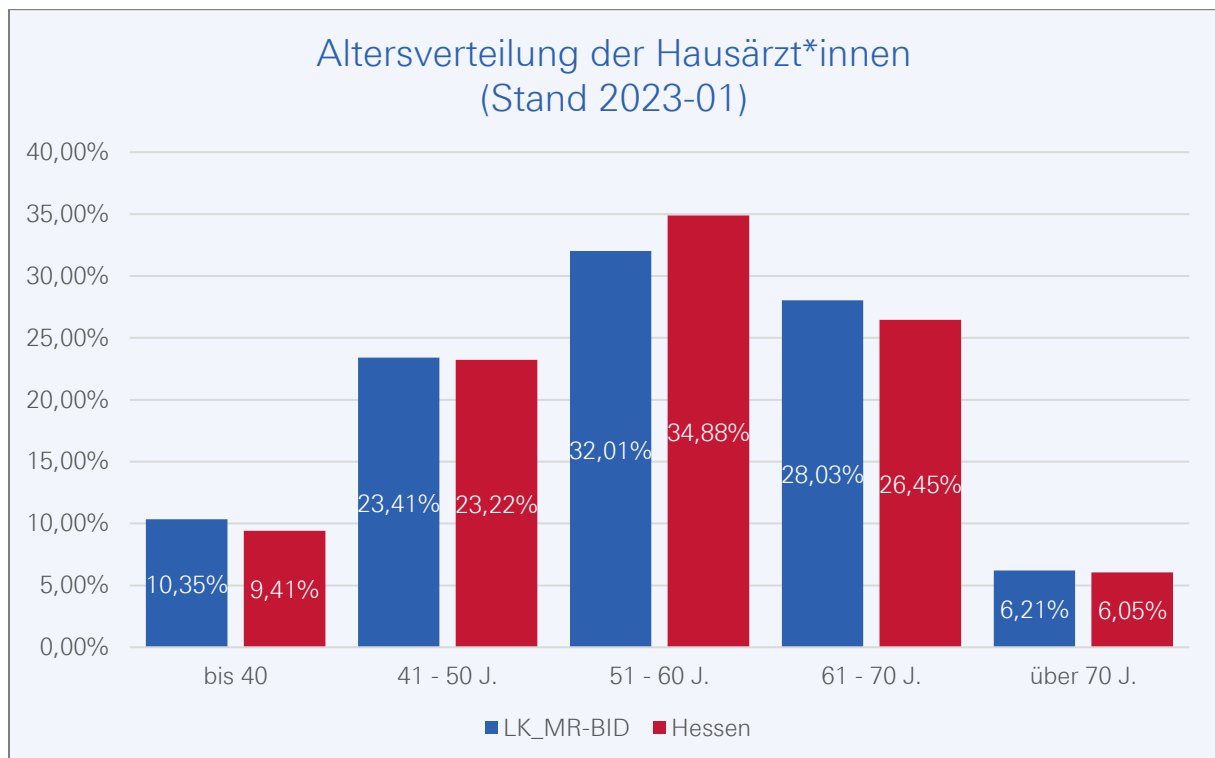


Abbildung 10 Prozentuale Altersstruktur der Hausärzt\*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in Hessen (Eigene Darstellung; Quelle KVH 2023a)

## Fachärztliche Versorgung

### Allgemein fachärztliche Versorgung

Die ‚Allgemein fachärztliche Versorgung‘ umfasst Fachgruppen, die neben den Hausärzt\*innen ebenfalls häufiger in Anspruch genommen werden. Die Planung findet auf nächsthöherer Ebene statt, zugelassene Ärzt\*innen können ihren Praxisstandort innerhalb des gesamten Landkreises frei wählen.

Auch Kinderärzt\*innen sind dieser Planungsebene zugeordnet. Da diese aber die Grundversorgung für Kinder und Jugendliche darstellen, werden sie in diesem Bericht innerhalb der Versorgungsgruppe gesondert dargestellt. Auch wird die Planungsgruppe der Psychotherapeut\*innen, die ebenfalls der Versorgungsebene der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘ angehören, nach den weiteren zugehörigen Fachgruppen gesondert dargestellt.

### Kinderärztliche Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf ist gemäß letztem Beschluss des Landesausschusses (17.11.2022) im Bereich der Kinderärzt\*innen mit einem Versorgungsgrad von 128,20 % überversorgt, es sind keine Sitze frei (Tab. 5). Die Anzahl der Praxen kumuliert in der Stadt Marburg, insgesamt ist aber eine Verteilung in die Fläche gegeben, sowohl im Ost- als auch im Westkreis befinden sich kinderärztliche Praxen (Abb. 11). In der Kinderarztpraxis Gladenbach hat es kürzlich eine Nachbesetzung gegeben, so dass dieser Standort gesichert ist.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass zu einem gewissen Teil bei Kindern, mehr noch jedoch in höherem Jugendalter, ein Teil der Versorgung durch Hausärzt\*innen erfolgt.

*Tabelle 5 Versorgungs-Kennzahlen der kinderärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf*

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
<b>Kinderärzt*innen</b>	13	20	16,50	128,20	0,00

Stand: Arztstand vom 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022  
Quelle: KVH 2022a (Abruf 13.01.2023)

In den Randgebieten des Landkreises Marburg-Biedenkopf kommt es natürlicherweise zu gegenseitigen Wanderbewegungen in angrenzende Landkreise und von angrenzenden Landkreisen in den unseren. Dies ist umso mehr anzunehmen, da gerade in den vom Oberzentrum Marburg (Stadt) entfernteren Regionen nur wenige Praxen angesiedelt sind. Die an den Landkreis Marburg-Biedenkopf angrenzenden hessischen Landkreise gelten mit Ausnahme des Schwalm-Eder-Kreises ebenfalls als überversorgt, eine ausreichende kinderärztliche Versorgung ist dementsprechend gewährleistet.

Die meisten Eltern suchen für die allgemeine kinderärztliche Grundversorgung eine Praxis in Wohnortnähe auf, das Mitversorgungskonzept durch weiter entfernt gelegene Praxen gilt bei Kinder- und Jugendärzt\*innen nur eingeschränkt. Eine weitergehende spezialisierte kinderärztliche Versorgung erfolgt dagegen vornehmlich von Kernstädten aus. Zur Verbesserung des Versorgungsniveaus wurden in der Bedarfsplanung im Jahr 2019 die Verhältniszahlen der allgemein kinderärztlichen Versorgung um 15 % gesenkt, was zu einer höheren Anzahl benötigter Kinderärzt\*innen führt. Der Schritt erfolgte unter anderem, um dem zwischenzeitlich gestiegenen Versorgungsangebot seitens der Kinder-/Jugendmedizin und der entsprechend ebenfalls gestiegenen Inanspruchnahme gerecht zu werden, beispielsweise in Hinblick auf die zusätzlichen U-Untersuchungen im Jugendalter sowie den fortlaufenden medizinischen Fortschritt (KBV 2020).

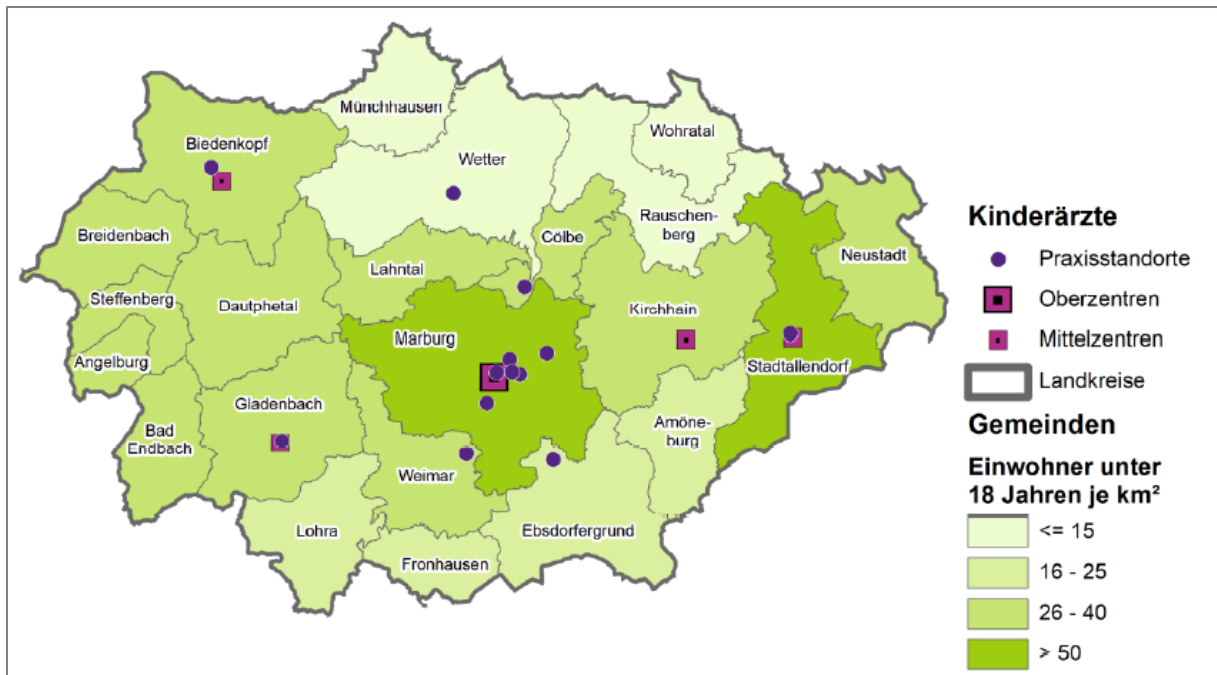


Abbildung 11 Praxisstandorte der Kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Allgemein fachärztliche Versorgung: Situation im Landkreis

Auf der Versorgungsebene der allgemein fachärztlichen Versorgung gelten mit einem Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent alle Arztgruppen gemäß Bedarfsplan als überversorgt (Tab. 6).

Tabelle 6 Versorgungs-Kennzahlen der Allgemein Fachärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
Augenärzt*innen	7	16	13,50	110,79	0,00
Chirurg*innen/ Orthopäd*innen	16	27	23,50	144,88	0,00
Frauenärzt*innen	17	31	26,00	124,71	0,00
Hautärzt*innen	7	13	11,00	177,39	0,00
HNO-Ärzt*innen	8	11	8,25	115,36	0,00
Kinderärzt*innen	13	20	16,50	128,20	0,00
Nervenärzt*innen	15	20	13,30	122,57	0,00
Urolog*innen	4	8	7,00	128,67	0,00
Psychotherapeut*innen	219	236	140,70	322,22	0,00

Stand: Arztstand vom 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
 VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022.  
 Quelle: KVH 2022a (Abruf 13.01.2023)

Hierbei gab es in den vergangenen Jahren keine wesentlichen Änderungen (KVH 2023a). Einschließlich der separat dargestellten Fachgruppen der Kinder-/Jugendlichen-Ärzt\*innen und der Psychotherapeut\*innen sind im Landkreis insgesamt 382 Fachärzt\*innen dieser Versorgungsebene in 306 Praxen tätig. Diese nehmen 260 Arztsitze wahr (Tab. 6-9).

Der Blick auf die flächenmäßige Verteilung zeigt eine starke Ballung in und um die Stadt Marburg, daneben weitere Häufungen in den Mittelzentren (Biedenkopf, Stadtallendorf, Kirchhain, Gladenbach) sowie in der Stadt Wetter (Abb. 12). Daneben sind gerade in den südlichen, teils auch weiteren, Kommunen vereinzelt Fachärzt\*innen niedergelassen.

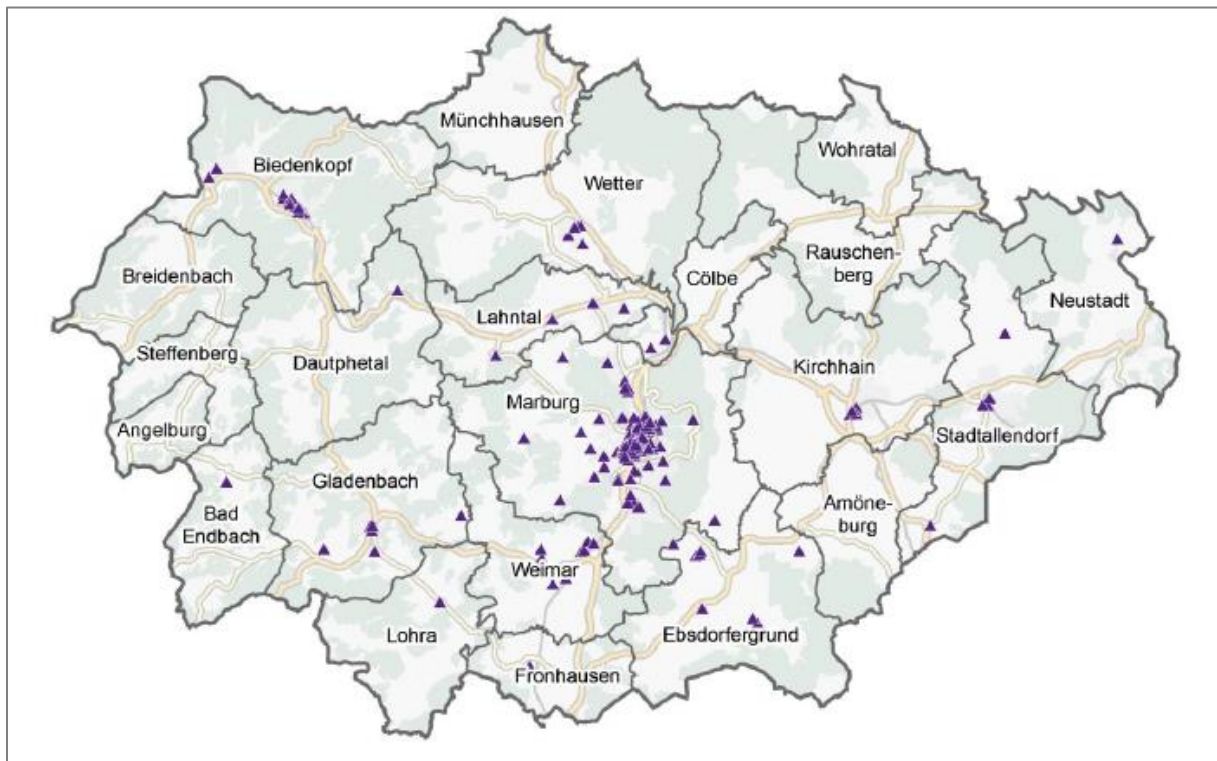


Abbildung 12 Praxisstandorte der Allgemein Fachärztlichen Versorgungsebene – alle Fachgruppen (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Bei genauerem Blick fällt auf, dass es sich gerade bei den Standorten in der Peripherie zum allergrößten Teil um psychotherapeutische Praxen handelt, die der Arztgruppe der allgemein fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind (Tab. 7; Abb. 20). In einigen Landkreis-Kommunen sind keine bzw. kaum Fachärzt\*innen niedergelassen. Dies betrifft gerade die von den Ober-/Mittelzentren entfernter gelegenen Städte und Kommunen.

Anhand der Gesamtzahl der Arztsitze, die je Fachgruppe zumeist unter der Anzahl der 22 Gemeinden im Landkreis liegt, wird klar, dass es nicht in jeder Gemeinde ein Angebot jeder Arztgruppe geben kann. Die Beplanung erfolgt auf Ebene des gesamten Landkreises, die Ärzte können ihren Praxissitz innerhalb des Landkreises frei wählen. Einfluss kann nicht darauf genommen werden.

Die Karten (Abb. 13-20) auf den folgenden Seiten stellen die Verteilung der Praxisstandorte der einzelnen Fachärzt\*innen-Gruppen der Allgemein Fachärztlichen Versorgungsebene dar (Abbildungen mit freundlicher Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen).

Tabelle 7 Verteilung der Ärzt\*innensitze (Allgemein fachärztliche Versorgung) nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (ohne ermächtigte Ärzt\*innen und Übernahmepaxen)

Ort	Augenärzt*innen	Chirurg*innen & Orthopäd*innen	Frauenärzt*innen	Hautärzt*innen	HNO-Ärzt*innen	Kinderärzt*innen	Nervenärzt*innen	Psychotherapeut*innen	Urolog*innen	GESAMT
<b>Ärzt*innensitze LK MR-BID GESAMT</b>	<b>13,50</b>	<b>23,50</b>	<b>26,00</b>	<b>11,00</b>	<b>8,25</b>	<b>16,50</b>	<b>13,30</b>	<b>140,70</b>	<b>7,00</b>	<b>259,75</b>
Amöneburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angelburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bad Endbach	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	<b>0,50</b>
Biedenkopf	2,00	5,00	3,50	-	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	<b>21,50</b>
Breidenbach	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cölbe	-	-	-	-	-	1,00	-	0,50	-	<b>1,50</b>
Dautphetal	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	<b>0,50</b>
Ebsdorfergrund	-	-	-	-	-	1,00	-	6,50	-	<b>7,50</b>
Fronhausen	-	-	-	-	-	-	-	1,00	-	<b>1,00</b>
Gladenbach	-	4,00	-	-	1,00	2,00	1,00	4,50	-	<b>12,50</b>
Kirchhain	5,00	1,00	3,00	4,00	1,00	-	1,00	3,50	-	<b>18,50</b>
Lahntal	-	-	-	-	-	-	-	2,50	-	<b>2,50</b>
Lohra	-	-	1,00	-	-	-	-	-	-	<b>1,00</b>
Marburg	5,50	10,50	14,50	6,00	4,25	7,50	9,30	107,70	3,00	<b>168,25</b>
Münchhausen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neustadt (Hessen)	-	-	-	-	-	-	-	1,50	-	<b>1,50</b>
Rauschenberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stadtallendorf	-	2,00	3,00	-	1,00	1,00	-	2,00	1,00	<b>10,00</b>
Steffenberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Weimar (Lahn)	-	-	-	-	-	1,00	-	4,50	-	<b>5,50</b>
Wetter (Hessen)	1,00	1,00	1,00	1,00	-	1,00	-	2,50	-	<b>7,50</b>
Wohratal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Stand: 01.12.2022  
Quelle: KVH 2023a

## Augenärztliche Versorgung (VG: 111 %)

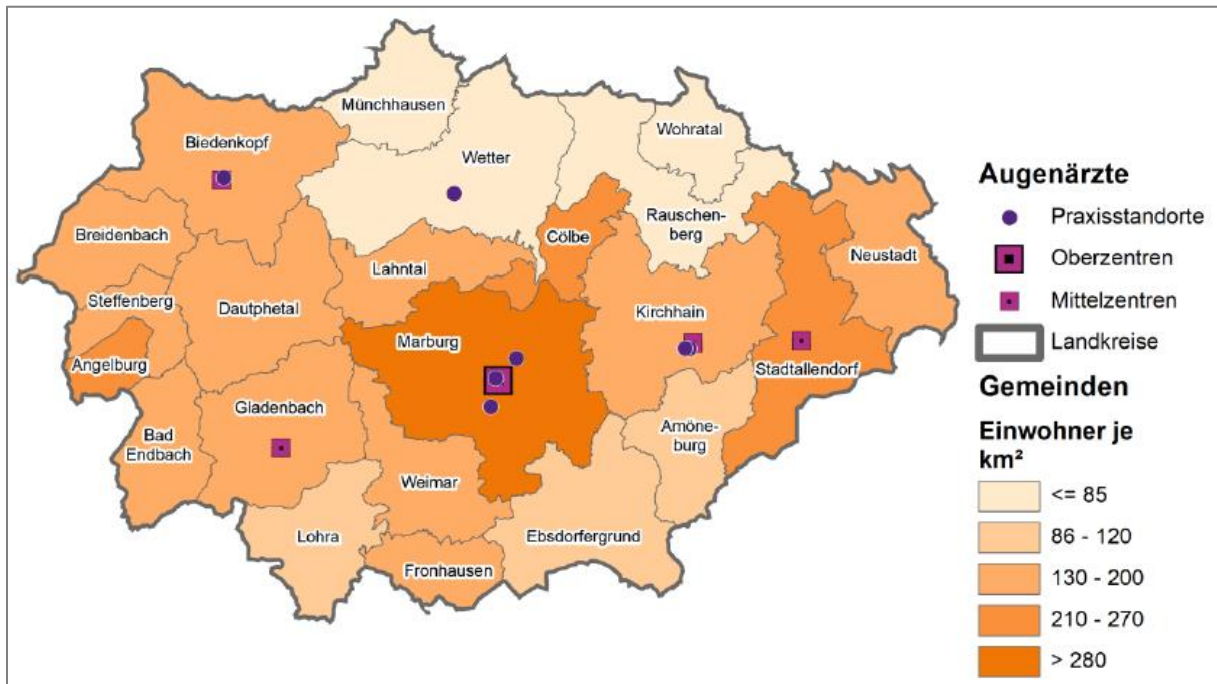


Abbildung 13 Praxisstandorte der Augenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Chirurgisch/orthopädische Versorgung (VG: 145 %)

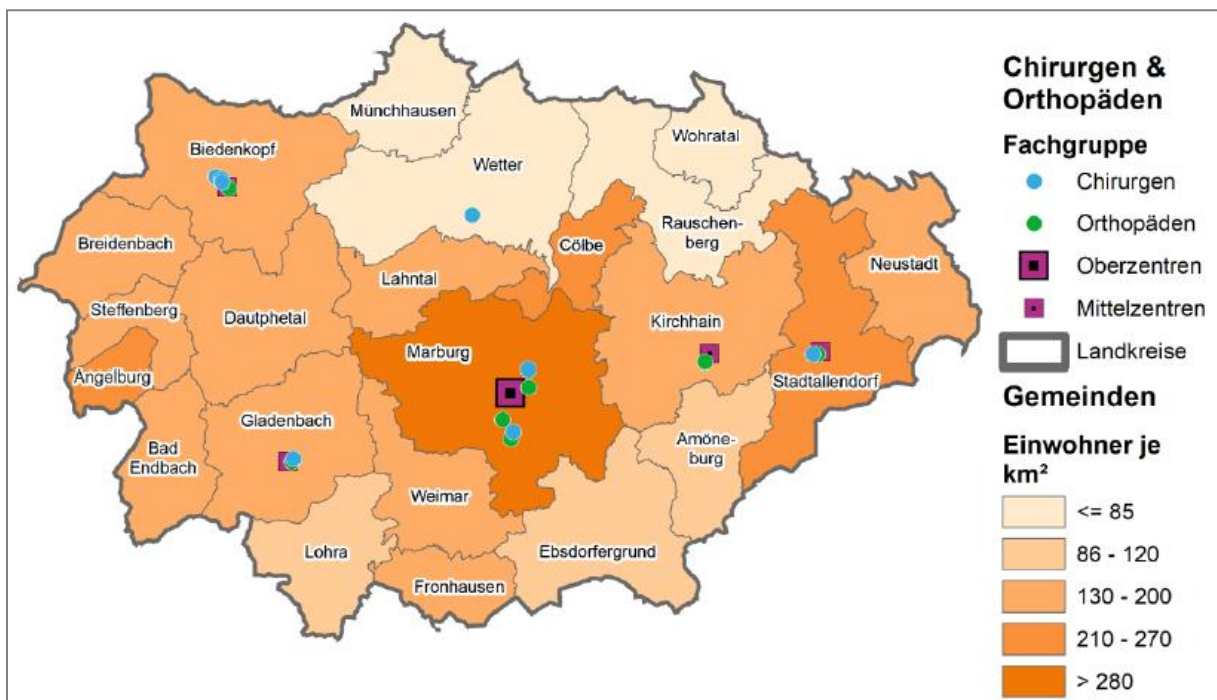


Abbildung 14 Praxisstandorte der Chirurgisch/Orthopädischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Frauenärztliche Versorgung (VG: 125 %)

(Einwohnerzahl auf weibl. Bevölkerung bezogen)

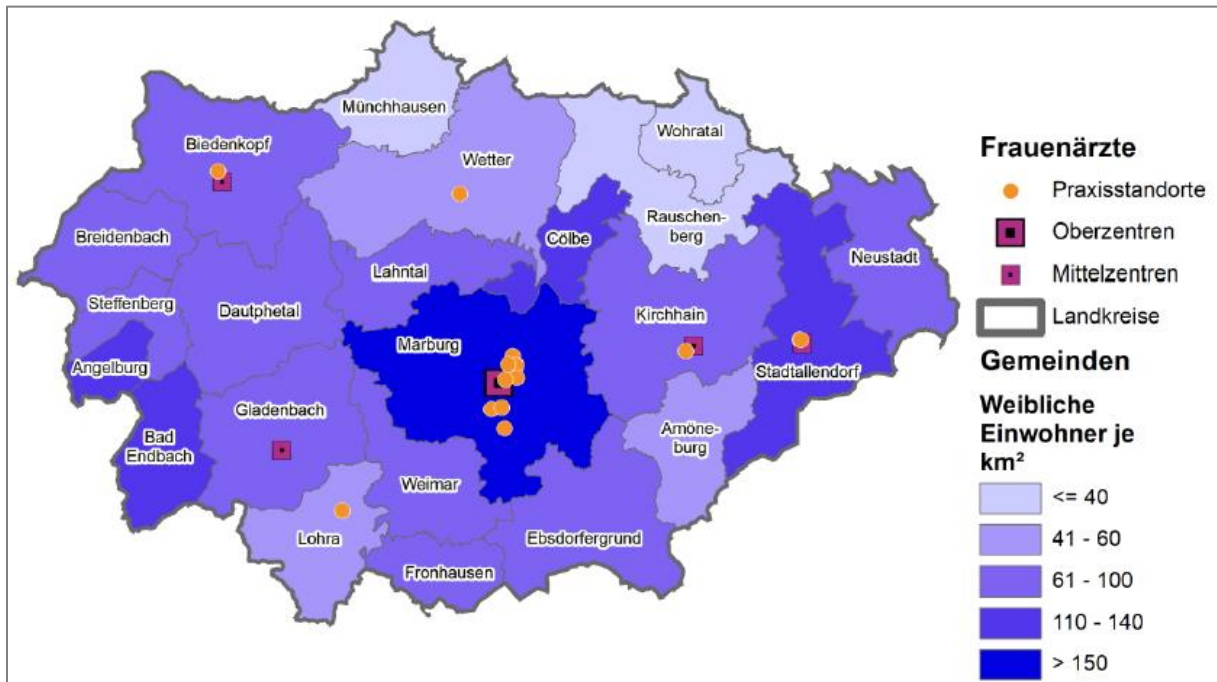


Abbildung 15 Praxisstandorte der Frauenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Hautärztliche Versorgung (VG: 178 %)

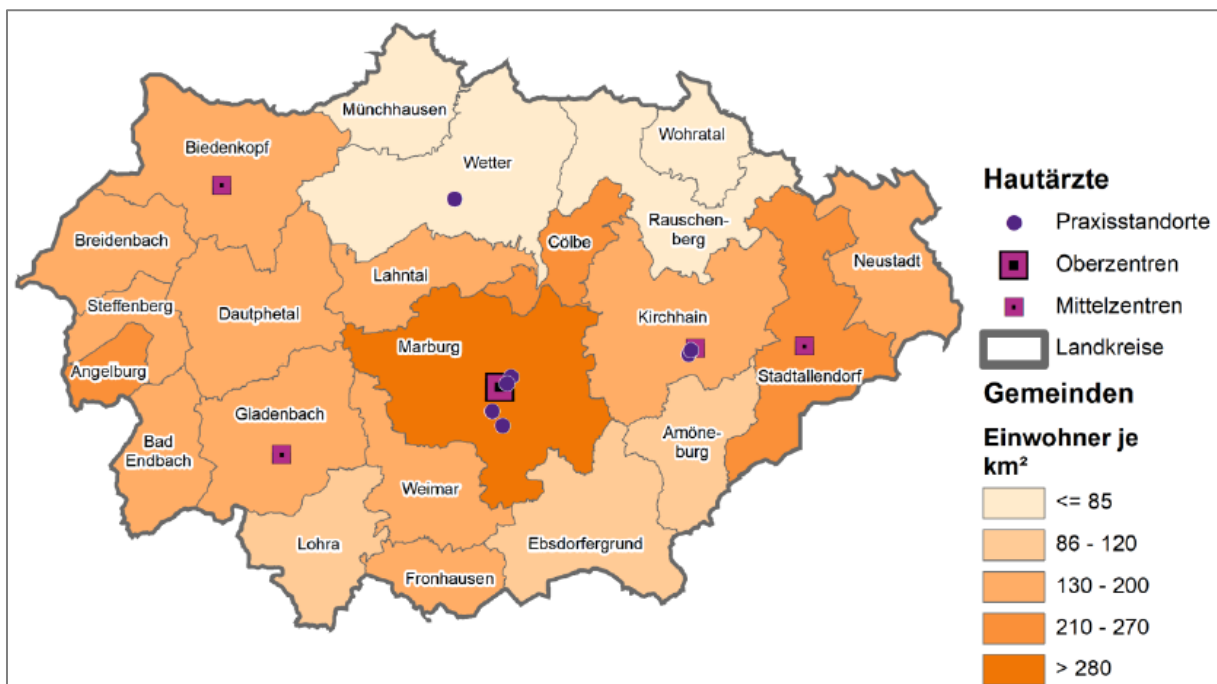


Abbildung 16 Praxisstandorte der Hautärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)



## HNO-ärztliche Versorgung (VG: 115 %)

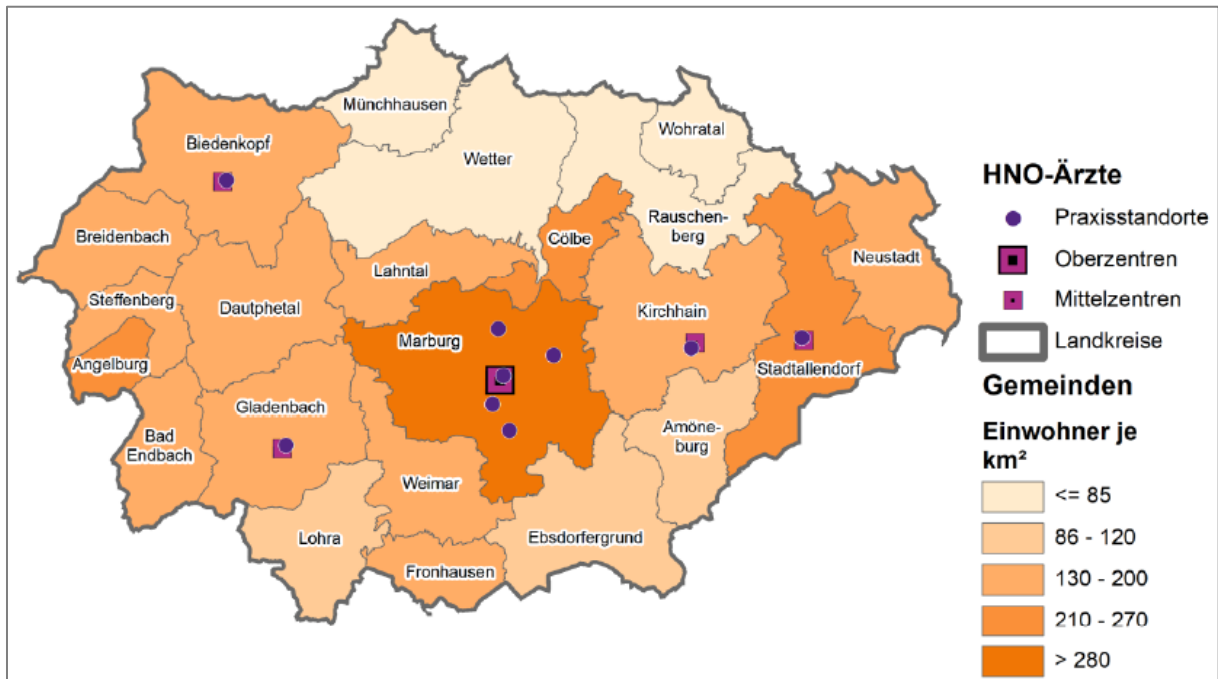


Abbildung 17 Praxisstandorte der Hals-Nasen-Ohrenärztlichen (HNO) Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Nervenärztliche Versorgung (VG: 123 %)

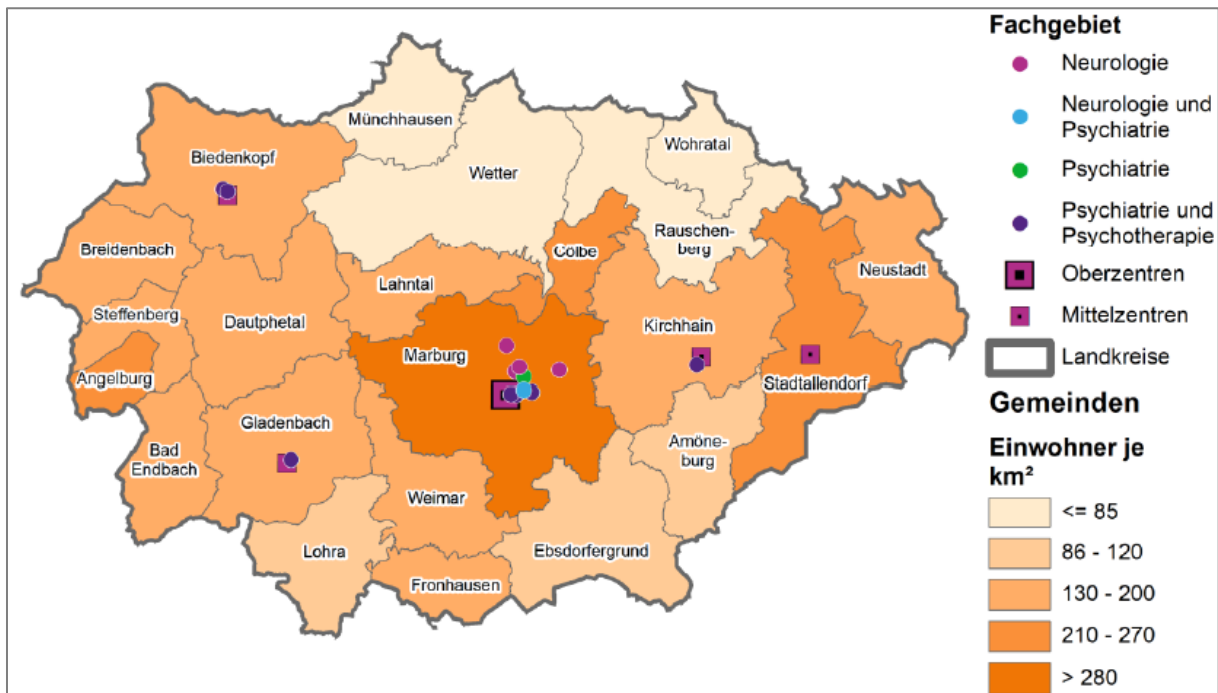


Abbildung 18 Praxisstandorte der Nervenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Urologische Versorgung (VG: 129 %)

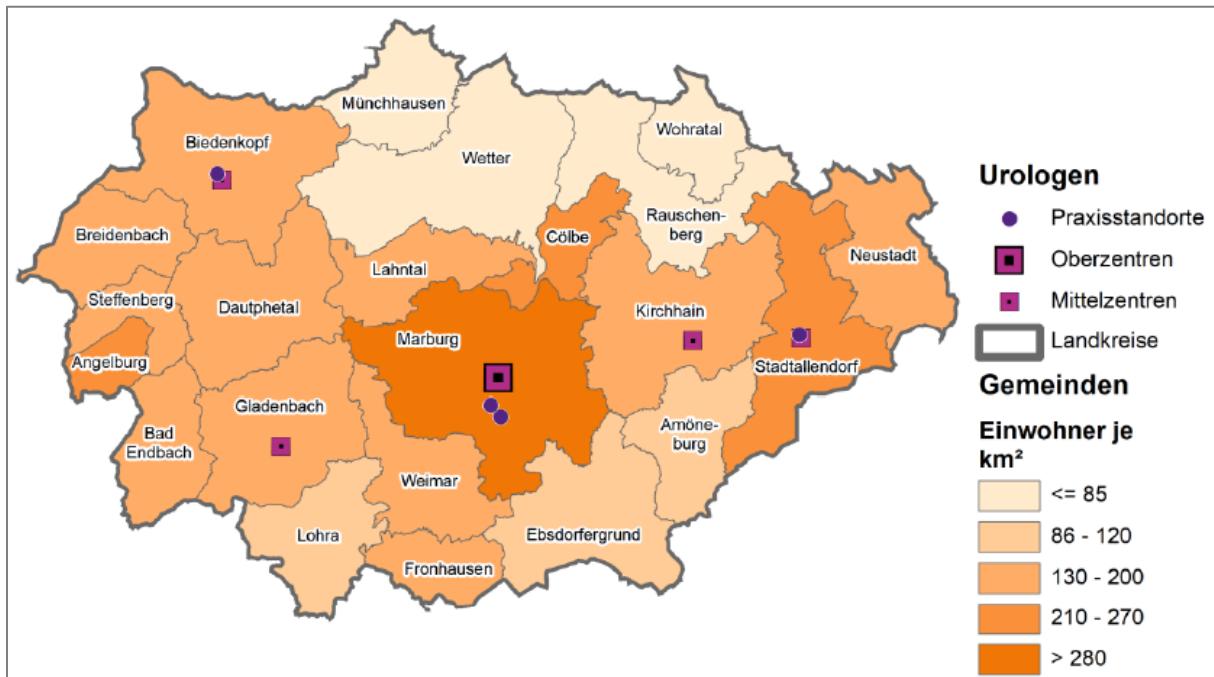


Abbildung 19 Praxisstandorte der Urologischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Psychotherapeut\*innen

Zur ‚Arztgruppe‘ der Psychotherapeut\*innen zählen die Psychologischen Psychotherapeut\*innen sowie die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut\*innen, des Weiteren die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzt\*innen, die Fachärzt\*innen für Psychotherapeutische Medizin und die Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (G-BA 2023). Nicht hinzu zählen Psychiater\*innen (Arztgruppe der Nervenärzt\*innen) und Kinder-Jugend-Psychiater\*innen (siehe Spezialisierte fachärztliche Versorgung).

Der auffallend hohe Versorgungsgrad von 322 % (Tab. 8) in dieser Arztgruppe suggeriert massive Überversorgung. Dies ist historisch bedingt durch die Zusammenführung der einzelnen Berufsgruppen in eine gemeinsame Arztgruppe im Jahr 1999, in dem diese der Bedarfsplanung unterworfen wurden. Das bedarfsgerechte Soll für die Versorgung wurde anhand der am 31.12.1998 niedergelassenen Psychotherapeut\*innen festgesetzt (Raymann 2009). Durch die Zusammenführung weiterer Berufsgruppen innerhalb der gleichen Arztgruppe erhöhte sich rechnerisch der Versorgungsgrad, ohne dass das Versorgungsniveau für die Bevölkerung entsprechend anstieg.

Tabelle 8 Versorgungs-Kennzahlen der Psychotherapeutischen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen/Therapeut*innen	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
<b>Psychotherapeut*innen</b>	219	236	140,70	322,22	0,00

Stand: Arztstand vom 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
 VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022  
 Quelle: KVH 2022a (Abruf 10.01.2023)

Trotz der in dieser Fachgruppe hohen Anzahl an Praxen und Therapeut\*innen sind in 8 der 22 Städte und Gemeinden im Landkreis keine Psychotherapeut\*innen niedergelassen (siehe Tab. 7; Abb. 20). Dies trifft auf den Bereich der Erwachsenenversorgung und in noch stärkerem Maß für den Bereich

der Kinder- und Jugendlichen-Versorgung zu. Ähnlich wie bei der Verteilung der weiteren Arztgruppen der Allgemein fachärztlichen Versorgung liegt auch hier eine starke Ballung im Stadtgebiet Marburg vor, dazu aber auch in den Gemeinden Ebsdorfergrund und Weimar. Weitere Standorte sind ebenfalls die Mittelzentren Biedenkopf, Gladenbach, Kirchhain und Stadtallendorf.

Die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung beispielsweise analog zu den Mittelbereichen der Hausärzt\*innen wurde im Jahr 2018 im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung diskutiert. Der Vorschlag wurde mit der Begründung verworfen, dass Patient\*innen mit psychischen Problemen eher bereit seien, weitere Wege in Kauf zu nehmen („Bypassing“, das Umgehen des nächstgelegenen Standorts). Als Problem wurde eher ein Kapazitäts- als ein Verteilungseingpass benannt. Daher hat der G-BA an der Planung auf Kreisregionsebene festgehalten bei gleichzeitiger Anhebung des Versorgungsniveaus (KBV 2020).

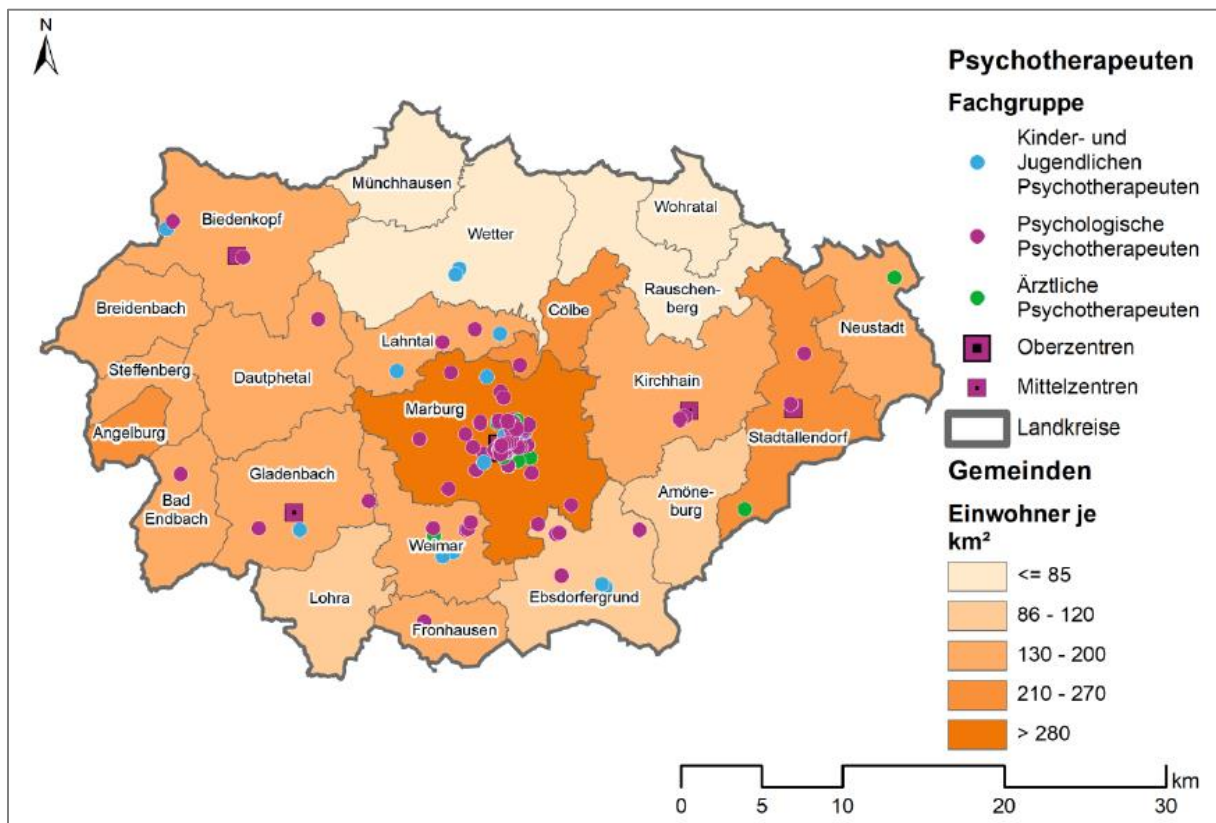


Abbildung 20 Praxisstandorte der Psychotherapeutischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

## Prognose der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘

Das Durchschnittsalter der im Landkreis Marburg-Biedenkopf tätigen Fachärzt\*innen der Allgemein fachärztlichen Versorgungsebene liegt in etwa im Bereich des hessischen Durchschnitts (Abb. 21). Während das Durchschnittsalter über alle Fachgruppen hinweg über die letzten Jahre sehr konstant blieb (ohne Abb.) gibt es in den einzelnen Fachgruppen über die Zeit immer wieder deutliche Schwankungen, insbesondere wenn die Übergabe einzelner Praxen kurz bevorsteht oder gerade stattfand. Aufgrund der teils geringen Ärzt\*innenzahlen in den einzelnen Facharztgruppen können einzelne Personen statistisch einen großen Einfluss haben. Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich Fachärzt\*innen im Vergleich zu Hausärzt\*innen oftmals noch später in einer eigenen Praxis niederlassen.

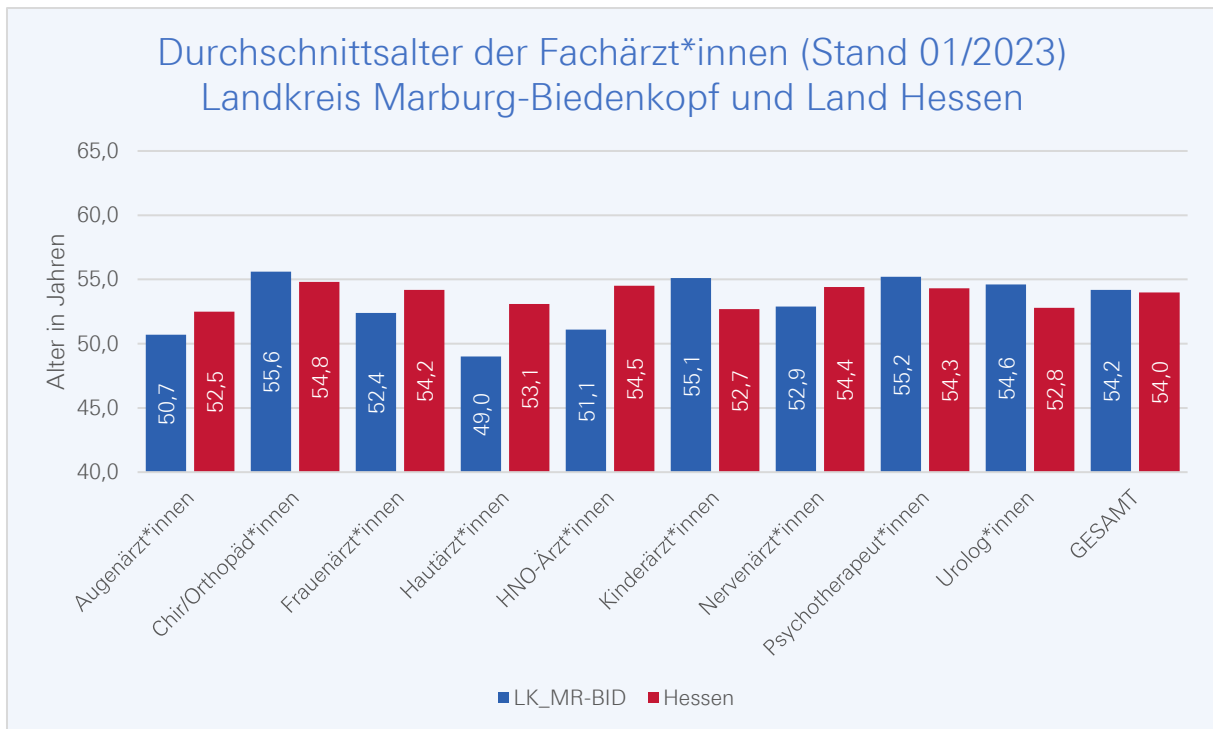


Abbildung 21 Durchschnittsalter der allgemeinen Fachärzt\*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Eigene Darstellung; Quelle KVH 2023a)

Den höchsten Nachbesetzungsbedarf innerhalb der nächsten Jahre gibt die KV Hessen innerhalb dieser Versorgungsebene bei der Fachgruppe der Psychotherapeut\*innen an (35,89 % bis zum Jahr 2025 unter der Annahme, dass die Praxisabgabe im Alter von 65 Jahren erfolgt). Auch in einigen weiteren Facharztgruppen besteht aufgrund des hohen Durchschnittsalters Nachbesetzungsbedarf, der in Zukunft weiter zunehmen wird (KVH 2023a).

## Spezialisierte Fachärztliche Versorgung

Die Planungsebene für die Spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion (ROR) Mittelhessen, bestehend aus dem Landkreis Gießen, dem Landkreis Lahn-Dill, dem Landkreis Limburg-Weilburg, dem Landkreis Marburg-Biedenkopf und dem Vogelsbergkreis.

Niederlassungen von vertragsärztlichen Praxen innerhalb des Landkreises Marburg-Biedenkopf befinden sich nahezu ausnahmslos im Oberzentrum Marburg sowie in den Mittelzentren.

Kinder- und Jugendlichen-Psychiater\*innen sind mit fünf Ärztinnen im Landkreis ansässig, diese verteilen sich auf drei Praxen in der Stadt Marburg und eine Praxis in Kirchhain. Weitere Praxen in der ROR Mittelhessen befinden sich dann beispielsweise in Lollar sowie zahlreiche Praxen in der Stadt Gießen, zudem in Linden und in Wetzlar.

Mit Ausnahme eines freien Sitzes für Kinder- und Jugendlichen-Psychiater\*innen besteht in den Arztgruppen Überversorgung in der Planungsregion Mittelhessen (siehe Tab. 9).

Tabelle 9 Versorgungs-Kennzahlen der Spezialisierten fachärztliche Versorgung in der Raumordnungsregion Mittelhessen

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzte	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
Anästhesist*innen	28	43	32,70	144,59	0,00
Fachinternist*innen	61	156	124,00	169,30	0,00
Kinder-/ Jugend-Psychiater*innen	11	14	11,30	101,20	1,00
Radiolog*innen	8	38	22,50	110,23	0,00

Stand: Arztstand vom 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
 VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022  
 Quelle: KVH 2022a (10.01.2023)

## Gesonderte Fachärztliche Versorgung

Die Planungsebene für die Gesondert fachärztliche Versorgung (Tab. 10) ist das gesamte landesweite Gebiet der KV Hessen. Standorte dieser hochspezialisierten Arztgruppen sind zu allergrößten Teilen größere Städte. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf ist die Stadt Marburg der einzige Standort. Hier sind jedoch Ärzt\*innen aller Fachgruppen ansässig, mit Ausnahme der Ärzt\*innen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, für die im Landkreis keine vertragsärztlich zugelassene Praxis ansässig ist.

Tabelle 10 Versorgungs-Kennzahlen der Gesonderten fachärztliche Versorgung in der Planungsregion der KV Hessen

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzte	Arztsitze	VG (%)	Freie Sitze
Humangenetiker*innen	11	18	12,25	117,83	0,00
Laborärzt*innen	35	93	71,00	110,17	0,00
Neurochirurg*innen	47	102	66,75	156,03	0,00
Nuklearmediziner*innen	31	78	62,75	110,72	0,00
Patholog*innen	22	84	62,75	111,21	0,00
PRM-Ärzt*innen <sup>1</sup>	33	34	28,50	74,05	15,00
Strahlentherapeut*innen	16	67	44,50	110,20	0,00
Transfusionsmediziner*innen	5	13	5,70	117,09	0,00

<sup>1</sup> Ärzt\*innen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.  
 Stand: Arztstand vom 01.12.2022 (und Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2022);  
 VG: Versorgungsgrad entsprechend Beschluss des Landesausschuss vom 17.11.2022  
 Quelle: KVH 2022a (10.01.2023)

## Zusammenfassung und Diskussion

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf beträgt die Anzahl der aktuell niedergelassenen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die gemäß der ambulanten Bedarfsplanung auf Ebene des Landkreises beplant werden, insgesamt 551 Ärzt\*innen bei 421 Arztsitzen (Stand 01.12.2022). Hiervon sind 169 Personen als Hausärzt\*in, 146 als Fachärzt\*in der Allgemein fachärztlichen Versorgungsebene und 236 als Psychotherapeut\*in tätig. Hinzu kommen weitere Ärzt\*innen der Spezialisierten und der Gesonderten fachärztlichen Versorgung, die jeweils auf Basis höherer Planungsbereiche (ROR Mittelhessen bzw. KV-Region Hessen) und damit für eine über den eigenen Landkreis hinausgehende Region geplant und besetzt werden. Das Durchschnittsalter und die Altersverteilung der im Landkreis Marburg-Biedenkopf niedergelassenen Ärzt\*innen weicht im Vergleich zum Landesschnitt (Hessen) nicht wesentlich ab, dies trifft ebenso auf den Nachbesetzungsbedarf aufgrund altersgemäßen Ausscheidens von Ärzt\*innen zu.

Die Versorgungslage ist für sich betrachtet und im Vergleich zur Situation landes- und bundesweit sowie zu den Nachbar-Landkreisen insgesamt als gut zu bewerten. Bei kleinräumigerer Betrachtung sind allerdings Unterschiede in der Verteilung der Praxisstandorte und damit der regionalen Dichte ersichtlich, mit Konzentration insbesondere der Fachärzt\*innen im Stadtgebiet Marburg als Oberzentrum und in den Mittelzentren (Biedenkopf, Gladenbach, Kirchhain, Stadtallendorf). Die Versorgung ist derzeit für alle Facharztgruppen sichergestellt, muss aber im Auge behalten werden.

Eine der relevantesten Herausforderungen ist grundsätzlich, und mit Blick auf die demografische Entwicklung der Bevölkerung im Besonderen, eine flächendeckende Versorgung mit Hausärzt\*innen aufrechtzuerhalten. Im hausärztlichen Bereich können Versorgungsengpässe in geringem Maße durch die Delegation an speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) und Pflegefachkräfte verringert werden. Diese können die ärztliche Versorgung jedoch nur ergänzen. Als Lösung kann dies keineswegs gesehen werden, zumal bei qualifiziertem nicht-ärztlichen Praxispersonal ebenfalls bereits ein Fachkräftemangel ersichtlich wird (ZI 2021). Auch im fachärztlichen Bereich wird es zunehmend schwieriger, freiwerdende Arztsitze nachzubesetzen und dabei nach Möglichkeit eine ausgewogene Verteilung in der Fläche beizubehalten.

Um als Niederlassungsregion für jüngere Ärzt\*innen attraktiv zu sein, sollten veränderte Erwartungen an eine ärztliche Tätigkeit bei Frauen wie auch Männern berücksichtigt werden. Auch bei den im Landkreis tätigen Ärzt\*innen sind in den vergangenen Jahren die bundesweiten Trends zu beobachten, dass sich junge Ärzt\*innen nach Abschluss der Facharztweiterbildung seltener selbstständig niederlassen, dafür häufiger angestellt arbeiten. Zudem wird zugunsten einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Partnerschaft oder Familie der Wunsch nach Teilzeittätigkeit größer. Dies ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. Ein weiterer Trend weg von der Einzelpraxis zu vermehrter Tätigkeit im Rahmen einer Praxis-Kooperation begünstigt die Umsetzung einer Teilzeittätigkeit, sei es im Angestelltenverhältnis oder bei Selbstständigkeit mit einer Teilzulassung bzw. Jobsharing. Die bereits seit vielen Jahren kontinuierlich zunehmende Feminisierung in der Medizin mit einem steigenden Anteil an Frauen sollte ebenfalls berücksichtigt werden. Im Jahr 2022 waren deutschlandweit erstmals mehr Frauen (50,3 %) als Männer (49,7 %) in der ambulanten Versorgung tätig (Stiftung Gesundheit 2022). Im Landkreis Marburg-Biedenkopf waren im Jahr 2021 etwas über 47 % der Hausärzt\*innen weiblich. Von den in den kommenden Jahren nachrückenden Hausärzt\*innen sind deutschlandweit bereits fast 70 % weiblich (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2019). Dies wird sich zukünftig auch in anderen Fachgruppen widerspiegeln, knapp zwei Drittel der Medizinstudierenden sind mittlerweile weiblich (Destatis 2022). Familienfreundliche Strukturen können einen wesentlichen Ausschlag zugunsten einer Tätigkeit gerade auf dem Land geben.

Durch die bei nachrückenden Ärzt\*innengenerationen im Durchschnitt geringere Arbeitszeit ist zur Aufrechterhaltung des gleichen Versorgungsniveaus künftig eine höhere Anzahl an Ärzt\*innen notwendig.

Zahlenmäßig werden Hausärzt\*innen für die Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung am meisten benötigt. Entgegen dem Bedarf verzeichnen seit geraumer Zeit höher spezialisierte und technisierte Fachrichtungen größeren Zulauf. Hier gibt es auch in Hessen von landespolitischer Seite aus bereits Maßnahmen (s. a. Versorgungsplanung: Handlungsempfehlung 2), um den Zugang zum Medizinstudium noch stärker an persönlichen Faktoren statt ausschließlich oder vorrangig an Noten auszurichten.

Die Sicherstellung einer regional ausgeglichenen Versorgung gerade auch mit Primärversorger\*innen (Hausärzt\*innen, auch Kinderärzt\*innen) kann nicht mehr ausschließlich der Kassenärztlichen Vereinigung aufgetragen werden, auch wenn der Sicherstellungsauftrag gesetzlich gesehen bei dieser liegt. Gerade in Zeiten des zunehmenden Mangels an Landärzt\*innen bedarf es neben der Steuerungsfunktion seitens der KV auch des Engagements der lokalen Ebene. Darüber hinaus müssen sowohl medizinische als auch politische Institutionen wie auch Bürger\*innen offen sein für neue Versorgungsformen und -angebote. Die Corona-Pandemie hat eindrucksvoll gezeigt, wie beispielsweise telemedizinische Angebote die bestehende Versorgung ergänzen können.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf engagiert sich seit etlichen Jahren bereits in all diesen Bereichen. Die konkreten Maßnahmen werden im Folgenden dargestellt.

# Versorgungsplanung des Landkreises Marburg-Biedenkopf

## Modellprojekt „Fachkräftesicherung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum“.

Die Versorgungsplanung startete im Jahr 2018 als Teil der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ mit dem Modellprojekt „Fachkräftesicherung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum im Landkreis Marburg-Biedenkopf“. Als Basis für das Projekt wurde im Jahr 2018 eine Kooperationsvereinbarung für die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der ambulanten ärztlichen Versorgung aller Einwohner\*innen des Landkreises Marburg-Biedenkopf („Letter of intent“) mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) abgeschlossen. Eine finanzielle Förderung erfolgte durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI).

Ziel des Modellprojektes war die gemeinsame Entwicklung innovativer und nachhaltiger Lösungsansätze für die Fachkräftesicherung im Bereich der Allgemeinmedizin (niedergelassene Hausarzt\*innen), der Pflege und der Hebammen. Dabei sollte darüber hinaus die kommunale Gesundheitsplanung zur Fachkräftesicherung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Landkreis Marburg-Biedenkopf erprobt werden. Modellregion war der Mittelbereich Biedenkopf (Angelburg, Biedenkopf, Breidenbach, Dautphetal und Steffenberg).

Die Implementierung regionaler Gesundheitsstrategien ist mittlerweile durch die „Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen“ des HMSI verstetigt worden.

### Ist-Analyse in der Modellregion – Vorgehen

Es wurde dazu eine Stakeholderanalyse durchgeführt, bei der sämtliche für das Projekt relevanten Akteur\*innen in den Kommunen des Mittelbereichs Biedenkopf ermittelt und auf ihre Relevanz überprüft wurden. Darüber hinaus wurden weitere bereits verfügbare Daten bezüglich der medizinisch-gesundheitlichen Infrastruktur sowie der demographischen Entwicklung zusammengetragen. Einen Überblick bietet Tabelle 11.

Tabelle 11 Datenquellen der Versorgungsanalyse

Bereich	Daten
<b>Bevölkerungsstruktur</b>	Einwohnerzahlen, Altersstruktur, Bevölkerungsentwicklung. Quelle: Hessisches Statistisches Landesamt, Wegweiser Kommune, eigene Berechnungen.
<b>Ambulante ärztliche Versorgung</b>	Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, (u. a. Versorgungsgrade, Patientenströme), andere Studien.
<b>Ambulante und stationäre pflegerische Versorgung</b>	Anzahl der ambulanten und stationären Pflegedienste und -heime im Mittelbereich, Daten des Landkreis Marburg-Biedenkopf.
<b>Hebammen</b>	Anzahl sowie Stundenzahl der freiberuflich tätigen Hebammen, Daten des Landkreis Marburg-Biedenkopf.
<b>Apotheken, Heilmittelerbringer, Sonstige</b>	Interviews zur Versorgungssituation.

Die vorliegenden Daten wurden anschließend durch leitfadengestützte Interviews ergänzt. Diese wurden mit ambulant tätigen Hausarzt\*innen und/oder Internist\*innen (18 Ärzt\*innen in 13 Praxen), Bürgermeistern des Mittelbereichs (n=5), ambulanten Pflegediensten und stationären



Pflegeeinrichtungen (n=8) geführt. Darüber hinaus gab es Gespräche mit Ärzt\*innennetzen, dem DRK-Krankenhaus in Biedenkopf, Hebammen (Netzwerk Geburt, s. a. Seite 44) sowie dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Wenn möglich wurden Einzelgespräche geführt, teilweise waren in Berufsausübungsgemeinschaften aber auch mehrere Ärzt\*innen anwesend.

Die Antworten wurden während der Interviews mit Stichpunkten notiert und nach jedem Gespräch ein Memo erstellt. Zentrale Ergebnisse wurden aus den Memos in eine Excel-Datei übertragen und ausgewertet. Aus den Ergebnissen wurden sowohl konkrete Handlungsansätze für die Modellregion als auch die Gesamtstrategie im Bereich der medizinischen Versorgung abgeleitet.

## Handlungsempfehlung 1: Kleinräumige Analyse und Betrachtung

Eine wesentliche Erkenntnis der Analyse war, dass sich die Versorgungslage schon innerhalb eines Mittelbereichs erheblich unterscheiden kann und für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung daher eine kleinräumige Betrachtung notwendig ist. In den leitfadengestützten Interviews variierte die Einschätzung der Versorgungssituation, abhängig vom Standort, von sehr gut/gut bis ausreichend („grenzwertig“, „gerade noch ausreichend“). Die Notwendigkeit einer kleinräumigen Betrachtung wurde darüber hinaus auch durch die Auswertung verschiedener Datenquellen wie Durchschnittsalter, Nachbesetzungsbedarf und Patient\*innenströme bestätigt.

Bezogen auf die Modellregion Mittelbereich Biedenkopf bedeutet das, dass die Gemeinden Angelburg und Steffenberg zusammen betrachtet werden müssen und hier der größte Handlungsbedarf besteht. Die kleinräumige Konzeptentwicklung dort begann im Jahr 2019 durch eine Arbeitsgruppe (Mitglieder: Bürgermeister, KV Hessen, Fachbereich Gesundheitsamt, Kommunalaufsicht). Ein Ansatz für die nachhaltige Sicherung der medizinisch-pflegerischen Versorgung war dabei ein Gesundheitszentrum.

Dazu wurde dann 2020 eine Machbarkeitsstudie (gefördert durch LEADER-Mittel) durchgeführt. Ergebnis der Machbarkeitsstudie war, dass die Umsetzung eines Gesundheitszentrums in der vorgesehenen Lage (Interkommunales Gewerbegebiet Gansbachtal) möglich ist und empfohlen werden kann. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf begleitet diesen Prozess weiterhin und hat im Falle einer kommunalen bzw. öffentlich-rechtlichen Umsetzung die Finanzierung einer zusätzlichen Stelle ausschließlich für die Realisierung dieses Projektes angeboten.

Mit der Analyse im Mittelbereich Gladenbach wurde bereits begonnen, diese wird weitergeführt. In Planung ist eine Versorgungsanalyse der beiden Mittelbereiche Kirchhain und Stadtallendorf (Gefördert durch das HMSI).

## Handlungsempfehlung 2: Nachwuchs- und Ansiedlungsförderung

Ein weiteres Ergebnis der Analyse im Mittelbereich Biedenkopf war die Empfehlung, den Kontakt und Austausch des Mittelbereichs mit Studierenden auszubauen, da diese dadurch den ländlichen Raum und die Arbeit in den Praxen kennenlernen können. So erhöht sich die Möglichkeit, dass dieser Bereich als späteres Tätigkeitsfeld interessant wird.

Dazu arbeitet der Landkreis Marburg-Biedenkopf seit 2020 mit der Philipps-Universität Marburg, Institut für Allgemeinmedizin, zusammen und nimmt an der „Landpartie“ teil. Dabei werden Medizinstudierende dabei unterstützt, ihre Blockpraktika Allgemeinmedizin bei anerkannten Lehrpraxen im ländlichen Raum zu absolvieren. Studierende bekommen bei Teilnahme für den Zeitraum des Blockpraktikums die Fahrt- oder Übernachtungskosten vom Landkreis erstattet (gemäß der Förderrichtlinie „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf). Gestartet wurde im Wintersemester 2020/2021, pandemiebedingt war die Zahl der Blockpraktikant\*innen 2020 insgesamt geringer, es konnten aber trotzdem acht Studierende gefördert werden. Seitdem steigt die Zahl stetig an, 2021 hat der Landkreis Marburg-Biedenkopf 18 und in 2022 25 Studierende unterstützt. Weiterhin besteht das Ziel, mehr hausärztliche Praxen im ländlichen Raum als Lehrpraxen zu gewinnen.

Auf Landesebene gibt es in Hessen seit dem Wintersemester 2022/2023 die „Landärztin- und Landarztquote“, Basis ist das „Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen.“ Dies beinhaltet, dass jährlich 6,5 % der Studienplätze im Bereich Humanmedizin an Studierende vergeben werden, die sich verpflichten, später für mindestens zehn Jahre als Hausarzt\*innen in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten zu arbeiten. Weitere 1,3 % der Studienplätze sind für Studierende vorgesehen, die nach dem Studium eine Weiterbildung im Gebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes absolvieren und dort für mindestens zehn Jahre eine Tätigkeit in einer Region aufnehmen, für die ein besonderer öffentlicher Bedarf festgestellt wurde. Das Programm wird an drei hessischen Universitäten angeboten – Marburg, Gießen und Frankfurt. Diese bilden das Netzwerk ‚HeLaMed‘ – Hessen|Land|Medizin (HeLaMed 2023) und bieten alle das notwendige Schwerpunktprogramm Primärversorgung an. In diesem Schwerpunktprogramm finden Praktika, Seminare und ein Mentoring-Programm statt, um die Studierenden gezielt auf die spätere Tätigkeit als Hausarzt\*innen im ländlichen Raum vorzubereiten. Die Universitäten möchten die Praktika in enger Kooperation mit den hessischen Landkreisen durchführen. Hier wird die Zusammenarbeit also perspektivisch ausgebaut.

An der Philipps-Universität Marburg sind seit dem Wintersemester 2022/2023 15 Studierende über die „Landarztquote“ immatrikuliert, alle mit dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin. Am Schwerpunktprogramm Primärversorgung nehmen insgesamt 29 Studierende teil, davon 14 von der „Landarztquote“. Die anderen 15 Studierenden sind „regulär“ immatrikuliert und haben sich aus Interesse in das Schwerpunktprogramm eingeschrieben.

Eine Möglichkeit der Nachwuchsförderung nach dem Studium ist der Ansatz, mehr Weiterbildungsassistent\*innen für die Region zu gewinnen. Nach erfolgreich absolviertem Medizinstudium mit einer Dauer von 6 Jahren dauert die Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin für Allgemeinmedizin weitere fünf Jahre. In dieser Zeit müssen verschiedene Weiterbildungsstationen absolviert werden, die von den angehenden Facharzt\*innen in der Regel selbst organisiert werden müssen. Weiterbildungsverbände erleichtern dies, hier können die erforderlichen Ausbildungsabschnitte aus einer Hand in einem abgestimmten Rotationsplan absolviert werden. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf existieren aktuell zwei Weiterbildungsverbände, einer am Standort Marburg und ein weiterer in Biedenkopf. Der Impuls zur Gründung des Weiterbildungsverbands Biedenkopf ging von der „AG Medizinische Versorgung“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf aus (siehe Seite 43). Durch diesen Weiterbildungsverbund sollte ein Beitrag zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum geleistet werden. Die erste angehende Fachärztin für Allgemeinmedizin startete hier am 01.01.2020, der Landkreis Marburg-Biedenkopf unterstützte dies mit einer Anschubfinanzierung von 30.000 Euro, die als Zuschuss zu den Lohnkosten sowie für die Aus- und Weiterbildung der Ärzt\*innen eingesetzt wurde.

Im Bereich der Ansiedlungsförderung bestehen bereits verschiedene Instrumente. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen bietet über die „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Verwendung der Finanzmittel nach SGB V § 105 Abs. 1 (Strukturfonds)“ die Möglichkeit der Förderung in Gebieten mit einem besonderen Versorgungsbedarf. Ziel der Ansiedlungsförderung ist „die Niederlassung außerhalb der städtischen Verdichtungsräume für Ärzte attraktiv zu gestalten“ (KV Hessen 2023). Bei Übernahme bzw. Neugründung einer Praxis können Ärzt\*innen bis maximal 66.000 Euro (Vollzulassung), auszahlbar in fünf Jahrestanchen, erhalten. Bei Neugründung (keine Praxisübernahme) kann die Fördersumme auch als Einmalbetrag ausgezahlt werden. Im Falle einer Teilzulassung erfolgt die Förderung anteilig (KV Hessen 2022c).

Weitere Fördermöglichkeiten bietet das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) mit der „Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen“. Über den Förderbaustein „Förderung von Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens“ können hier zum Beispiel (Neu-)Gründung oder Übernahme einer Vertragsarztpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) gefördert werden.

Einschränkend ist anzumerken, dass hier keine Doppelförderung möglich ist. Das HMSI fördert nur dann, wenn die Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung nicht greift.

### Handlungsempfehlung 3: Ausbau von Delegation

Ärztinnen und Ärzte müssen im Rahmen der Behandlung ihrer Patient\*innen nicht alle Tätigkeiten selbst durchführen, sondern können bestimmte Aufgaben auch an nichtärztliches Personal delegieren. Dafür wurden in Deutschland mittlerweile mehrere Qualifikationsmodelle erprobt und umgesetzt, in der Regel liegt der Schwerpunkt dabei auf der Entlastung der Hausärzt\*innen sowie der Verbesserung der Versorgung von chronisch kranken Menschen (Mergenthal et al. 2016). Dazu absolvieren Medizinische Fachangestellte (MFA) oder Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, die in einer hausärztlichen (oder auch fachärztlichen) Praxis tätig sind, eine spezielle Weiterbildung. Unterschieden werden dabei NÄPa (Nicht-ärztliche Praxisassistent\*in), VERAH (Versorgungs-assistent\*in in der Hausarztpraxis), AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) oder EVA (Entlastende Versorgungsassistent\*in). Laut Mergenthal et al. war das Modell „VERAH“, das im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung etabliert ist, im Jahr 2015 das bundesweit quantitativ bedeutendste Konzept. Die NÄPa kann mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden, hier sind bestimmte Voraussetzungen wie eine Mindestpatient\*innenanzahl zu erfüllen (KBV 2022d).

Im Rahmen der Analyse im Jahr 2019 ermittelte die KV Hessen, dass im Mittelbereich Biedenkopf nur vier Praxen NÄPa einsetzten, während es im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf 31 Praxen waren. Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews zeigten, dass zum Teil aber bereits an MFA delegiert wird, ohne dass diese eine spezielle Weiterbildung haben (z. B. Hausbesuch zur Blutzuckerkontrolle). Auch zeigte sich in den Interviews ein großes Interesse am Einsatz von Delegation, neun Praxen hatten Interesse an der Ausbildung. Daher ist eine weitere zentrale Empfehlung, den Einsatz von Delegation auszubauen. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat mittlerweile eine Förderung der Ausbildung implementiert. Es werden in hausärztlich tätigen Praxen, die ihren Sitz im Landkreis Marburg-Biedenkopf haben (mit Ausnahme der Universitätsstadt Marburg) für je eine NÄPa pro Praxis die Ausbildungskosten in Höhe von bis zu 1.800 Euro zuzüglich einer Prüfungsgebühr in Höhe von maximal 60 Euro für einen Lehrgang bei der Landesärztekammer Hessen übernommen. Andere Delegationskonzepte, wie zum Beispiel VERAH, können nach Prüfung im Einzelfall ebenfalls finanziert werden, jedoch nur bis zur Höhe der genannten Beträge. Diese Förderung ist ebenfalls in der Förderrichtlinie „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum“ geregelt (Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf 2022).

### Handlungsempfehlung 4: Netzwerkarbeit und Austausch

Netzwerkarbeit und Austausch mit den jeweiligen Akteuren ist ein wesentlicher Baustein, um die Versorgungslage im ambulanten Bereich kontinuierlich im Blick zu behalten und ggf. entsprechend gegensteuern zu können. Im Bereich der medizinischen Versorgung gibt es verschiedene Netzwerke im Landkreis Marburg-Biedenkopf:

#### AG Medizinische Versorgung

Die AG ‚Medizinische Versorgung‘ im Landkreis Marburg-Biedenkopf gibt es bereits seit dem Jahr 2013. Die Geschäftsführung liegt bei der Fachbereichsleitung des Gesundheitsamtes, Dr. Birgit Wollenberg. Teilnehmende sind niedergelassene Ärzt\*innen (Ärzt\*innennetzwerke ADR und PriMa e.G., Hausärzterverband), Akut-Krankenhäuser, das Institut für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg sowie eine Vertretung der Bürgermeister\*innen. Die AG tagt regelhaft zwei- bis dreimal pro Jahr. Die Aufgabe liegt in der Bewertung der Versorgungs- und Bedarfslage sowie der Entwicklung und ggf. Anpassung entsprechender Maßnahmen. So initiierte die AG beispielsweise im Jahr 2018 eine Studie zur ÖPNV-Anbindung der Hausarztpraxen im Landkreis Marburg-Biedenkopf, die anschließend vorgestellt und diskutiert wurde. Wie auf Seite 42 beschrieben, ging auch der Impuls zur Gründung eines Weiterbildungsverbandes Biedenkopf von dieser AG aus.

## AG Netzwerk Geburt

Dieses Netzwerk gibt es seit dem Jahr 2015 im Landkreis Marburg-Biedenkopf, es handelt sich dabei um einen Zusammenschluss aus (freiberuflichen) Hebammen, dem Geburtshaus Marburg, der Klinik (UKGM), Ärzt\*innen, dem Gesundheitsamt sowie Beratungsstellen der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Entstanden ist das Netzwerk aufgrund eines Antrags im Kreistag Marburg-Biedenkopf nach einem „Runden Tisch zur Hebammenversorgung“. Voraus ging die Schließung der Geburtshilfe am DRK-Krankenhaus Biedenkopf im Jahr 2014. Das Netzwerk Geburt tagt 3-4x jährlich und tauscht sich über aktuelle Entwicklungen aus. Dabei werden einerseits strukturelle Versorgungsthemen wie zum Beispiel die Situation der Hebammen und Kinderärzt\*innen oder die sektorenübergreifende, interprofessionelle Zusammenarbeit besprochen, andererseits aber auch akut in der Versorgung aufgetretene Fragestellungen erörtert und gegebenenfalls gemeinsame Lösungsansätze entwickelt.

## Ausblick

Um das aktuell als gut zu bewertende Versorgungsniveau der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf mittel- und langfristig sicherzustellen wird der Landkreis die Situation kontinuierlich weiter beobachten und bewerten und in Kooperation mit weiteren relevanten Akteuren und Netzwerkpartner\*innen aktiv bleiben. Hierzu werden zeitnah weitere kleinräumige Analysen durchgeführt, auf Basis derer priorisiert und gezielt Maßnahmen ergriffen werden.

Künftig werden regelmäßig Berichte über die Entwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und den Stand und die Wirkung der ergriffenen Maßnahmen erscheinen. Hier sei auch auf die regelhaft erscheinenden Regional-Dossiers der KV Hessen verwiesen, deren Daten zum allergrößten Teil die Basis für diesen hier vorliegenden ersten eigenen Bericht des Landkreises darstellen.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>Abs.</b>	Absatz
<b>ADR</b>	Ärzte der Region Hinterland und Wittgenstein
<b>AGnES</b>	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
<b>Ärzte-ZV</b>	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
<b>BAG</b>	Berufsausübungsgemeinschaft
<b>BPL</b>	Bedarfsplanung
<b>BPL-RL</b>	Bedarfsplanungs-Richtlinie
<b>EVA</b>	Entlastende Versorgungsassistent*in
<b>EW</b>	Einwohner*innen
<b>FÄ</b>	Fachärzt*innen
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GKV-VSG</b>	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV
<b>HÄ</b>	Hausärzt*innen
<b>HMSI</b>	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
<b>HGöGD</b>	Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
<b>KBV</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>KVH</b>	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
<b>LK</b>	Landkreis
<b>MB</b>	Mittelbereich
<b>MFA</b>	Medizinische Fachangestellte
<b>MR-BID</b>	Marburg-Biedenkopf
<b>MVZ</b>	Medizinisches Versorgungszentrum
<b>NäPa</b>	Nicht-ärztliche Praxisassistent*in
<b>ÖGD</b>	Öffentlicher Gesundheitsdienst
<b>PriMA e.G.</b>	Prävention in Marburg (Zusammenschluss der Haus- und Fachärzt*innen des Landkreises Marburg-Biedenkopf und Umgebung)
<b>ROR</b>	Raumordnungsregion
<b>SGB V</b>	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
<b>Tab.</b>	Tabelle
<b>UKGM</b>	Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
<b>UV</b>	Unterversorgung
<b>ÜV</b>	Übersversorgung
<b>VERAH</b>	Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis
<b>VG</b>	Versorgungsgrad (in Prozent)
<b>VZ</b>	Verhältniszahl

## Glossar relevanter Begrifflichkeiten

Begrifflichkeiten der ärztlichen Bedarfsplanung	
<b>Bedarfsplanung, ambulante vertragsärztliche</b>	Um eine flächendeckende und bedarfsgerechte ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte zu gewährleisten und zu steuern wird rechnerisch ermittelt, wie viele Niederlassungsmöglichkeiten in einem Gebiet notwendig sind, um die Patient*innen bedarfsgerecht zu versorgen (G-BA 2023). So sollen sowohl regionale Über- als auch Unterversorgung vermieden werden.
<b>Bedarfsplan</b>	Von der jeweiligen KV (z. B. KV Hessen) alle drei bis fünf Jahre aktualisiert und veröffentlicht (unter Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen und im Einvernehmen mit dem HMSI). Dokumentation und Analyse der aktuellen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssituation und Darlegung und Begründung regionaler, systematischer Abweichungen von der bundeseinheitlichen <i>BPL-RL</i> . Der Bedarfsplan bildet die Grundlage für die Sperrung oder teilweise Öffnung von <i>Planungsbereichen</i> sowie die Feststellung von (drohender) Unterversorgung, auch leiten sich Niederlassungsmöglichkeiten daraus ab (reguläre und zusätzliche). (G-BA 2023; KBV 2020; KVH 2022b).
<b>BPL-RL: Bedarfsplanungs-Richtlinie</b>	Grundlage für die bundesweite Beplanung der ambulant tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen (KBV 2020). Steuerungsinstrument für eine regional ausgeglichene Verteilung mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte patientennahe Versorgung sicherzustellen und (lokale) Überangebote zu begrenzen. Der <i>G-BA</i> legt in der Richtlinie einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen (u. a. <i>Verhältniszahlen, Versorgungsgrade, Über- und Unterversorgung</i> ) fest. Die <i>KVen</i> (der Länder) können in den <i>Bedarfsplänen</i> entsprechend lokaler Besonderheiten begründete regionale Abweichungen definieren (G-BA 2023).
<b>G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss</b>	Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und die vom Gesetzgeber beauftragte Institution zur näheren Ausgestaltung des Leistungsanspruchs der Versicherten. Der G-BA beschließt hierfür zumeist Richtlinien, so auch die <i>Bedarfsplanungs-Richtlinie</i> (s. dort) (G-BA 2023).
<b>KV: Kassenärztliche Vereinigung</b>	Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (u. a. KV Hessen). Die KBV/KVen sind das Selbstverwaltungsorgan (Interessenvertretung) der ambulant tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, weitere wesentliche Aufgabe ist der gesetzliche <i>Sicherstellungsauftrag</i> (s. dort) der ambulanten ärztlichen Versorgung (SGB V §§ 72-75). Die einzelnen KVen erstellen den <i>Bedarfsplan</i> für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich. In Gebieten mit (drohender) Unterversorgung fördern sie Niederlassungen. Darüber hinaus berät und unterstützt die KV u. a. bzgl. der fachärztlichen Weiterbildung oder Niederlassung als Vertragsärzt*in (KVH 2022c).
<b>Landesausschuss</b>	der Ärzt*innen und Krankenkassen: durch die KV und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen gebildetes Gremium bestehend aus einer/m unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, neun Vertreter*innen der Ärzte, neun Vertreter*innen verschiedener Krankenkassen, als Ehrenamt geführt.  Aufgaben (u. a.): Bewertung der Versorgungssituation alle 6 Monate. Feststellung von (drohender) Unter-/Übersversorgung. Entscheidet über Öffnung/ Sperrung von Planungsbereichen und über zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen. (SGB V § 90)

<b>Mittelbereich</b>	Unterteilung eines Landkreises in kleinere Bereiche zu primär analytischen Zwecken. Räumliche Zuordnung mehrerer Gemeinden zu einem Versorgungsbereich um ein Mittelzentrum herum, orientiert an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden (BBSR 2023). Der Landkreis Marburg-Biedenkopf ist in 5 Mittelbereiche unterteilt: Biedenkopf, Gladenbach, Kirchhain, Marburg, Stadtallendorf. Die <i>Bedarfsplanung</i> der Hausärztlichen Versorgung erfolgt jeweils auf Ebene der Mittelbereiche.
<b>Planungsbereich</b>	Je nach <i>Versorgungsebene</i> findet die <i>Bedarfsplanung</i> in unterschiedlich groß bemessenen Regionen statt. Innerhalb des Planungsbereichs kann der/die zugelassene Ärzt*in den Praxisstandort frei wählen. Am kleinräumigsten erfolgt die Planung der Hausärzt*innen, am großräumigsten die der Gesondert fachärztlichen <i>Versorgungsebene (G-BA 2023)</i> : Hausärztliche Versorgung: <i>Mittelbereiche</i> (n=5 im LK, s. dort) Allgemein fachärztliche Versorgung: Gesamter Landkreis (MR-BID) Spezielle fachärztliche Versorgung: Mittelhessen Gesondert fachärztliche Versorgung: KV-Region (Land Hessen)
<b>ROR: Raumordnungs- region</b>	ROR sind großräumige, nichtadministrative Planungs- und Analyseregionen, die sich weitgehend mit den Oberbereichen der Länder decken (BBSR 2023b). Der ROR Mittelhessen gehören an: Landkreis Gießen, Landkreis Lahn-Dill, Landkreis Limburg-Weilburg, Landkreis Marburg-Biedenkopf, Vogelsbergkreis. <i>Planungsbereich</i> für die Spezialisiert fachärztliche Versorgung.
<b>Sicherstellungs- auftrag</b>	KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und die einzelnen KVen (der Länder) haben gemäß SGB V §§ 72-75 die Sicherstellung einer „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“; SGB V § 105 Abs. 1 schreibt fest, dass „Die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den <i>Bedarfsplänen</i> alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen haben, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.“ (SGB V).
<b>Überversorgung</b>	<i>Versorgungsgrad (VG)</i> ab 110 %, d. h. das Soll-Versorgungsniveau wird um mindestens 10 % überschritten. Überversorgung muss auf Antrag der KV von Seiten des <i>Landesausschusses</i> offiziell festgestellt werden, der <i>Planungsbereich</i> ist dann für reguläre Neuzulassungen der entsprechenden Fachärzt*innengruppe gesperrt. (G-BA 2022; G-BA 2023; SGB V §§ 101 ff.)
<b>Unterversorgung</b>	Bei einem <i>Versorgungsgrad (VG)</i> <75 % bei Hausärzt*innen bzw. von <50 % bei Fachärzt*innen ist Unterversorgung anzunehmen, die offiziell von Seiten des <i>Landesausschusses</i> festgestellt werden muss. Die KV ist dann angehalten, die Versorgungsstruktur zu untersuchen und Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten. Bereits vor Unterschreitung der genannten VG kann drohende Unterversorgung festgestellt werden, wenn absehbar ist, dass die Kriterien demnächst erfüllt werden. (G-BA 2022; G-BA 2023; SGB V § 100, § 105)
<b>Verhältniszahl (VZ)</b>	Beschreibt das Soll-Versorgungsniveau: Einwohnerzahl pro Ärzt*in (x.xxx EW pro 1 Ärzt*in) je Facharztgruppe für eine bedarfsgerechte Versorgung. In der <i>BPL-RL</i> wird eine Allgemeine VZ festgelegt („bundeseinheitlich“), die durch die KV regional angepasst werden darf, um Besonderheiten der lokalen Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen, insbesondere auf Basis des Morbiditätsfaktors (Alter, Geschlecht, Krankheitslast), auch der Sozialstruktur oder infrastrukturell (Erreichbarkeit/Zeitspanne). Für die

	Aufstellung der <i>Bedarfspläne</i> sind die regionalen VZ maßgeblich. (G-BA 2022)
<b>Versorgungsebene</b>	Alle Facharztgruppen sind je nach Spezialisierungsgrad einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet: Hausärztliche V., Allgemein fachärztliche V., Gesondert fachärztliche V., Spezialisiert fachärztliche Versorgungsebene. Die <i>Bedarfsplanung</i> erfolgt je nach Ebene in unterschiedlich groß definierten <i>Planungsbereichen</i> (s. dort).
<b>Versorgungsgrad (VG)</b>	Halbjährliche Bewertung der tatsächlichen Versorgungssituation in der Region durch Vergleich des Soll-Ist-Niveaus des Einwohner-Arzt-Verhältnisses (anhand der <i>Verhältniszahl</i> ); wird in Prozent angegeben. Ausgangsrelation für die Prüfung von <i>Über- und Unterversorgung</i> (§ 101 bzw. 100 SGB V) durch den <i>Landesausschuss</i> (der Ärzte und Krankenkassen). Zentraler Anhaltspunkt für die (partielle) Öffnung oder Sperrung eines <i>Planungsbereichs</i> für Neuzulassungen sowie die Feststellung (drohender) <i>Unterversorgung</i> und Sicherstellungsmaßnahmen. Bei einem VG unter 110 % ist der Planungsbereich für Neuniederlassungen offen. (G-BA 2022).
<b>Zulassungsausschuss</b>	Besteht aus Vertreter*innen der Landesverbände der Krankenkassen und Ärzt*innen in gleicher Zahl. Bei der Zulassung von Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen wird die Hälfte der Ärzt*innen durch Vertreter*innen der Psychotherapeut*innen ersetzt. Aufgaben (u. a.): Beschlussfassung und Entscheidungen in Zulassungssachen für Vertrags-Ärzt*innen und -Psychotherapeut*innen. Erteilt Zulassung (auf Basis des Bedarfsplans). Entscheidet über Anträge zur Nachbesetzung, Anstellung, Umwandlung einer Anstellung in Zulassung, Verlegung eines Praxissitzes, Zweigpraxen, Praxiskooperation (KVH 2023b).
<b>Niederlassungsformen und ärztliches Praxis-/ Berufsfeld</b>	
<b>Arztnetz/ Praxisnetz</b>	Zusammenschluss niedergelassener Hausärzt*innen und Fachärzt*innen, ggf. auch unter Beteiligung von Psychotherapeut*innen und Vertreter*innen weiterer Gesundheitsberufe einer Region. Ziele sind die Bildung (organisatorischer) Netzwerke, Verbesserung der interkollegialen Zusammenarbeit und damit der Qualität und Effizienz der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region. Die ärztliche Unabhängigkeit untereinander bleibt im Arztnetz stets gewahrt (Wikipedia 2022).
<b>Einzelpraxis</b>	Von einem/einer Inhaber*in geführte Praxis. Anstellungen von Kolleg*innen sind auch in einer Einzelpraxis möglich Häufigste Form der Niederlassung (58 % aller Praxen in Deutschland; KBV 2022e).
<b>Gemeinschafts- praxis / BAG: Berufsausübungs- gemeinschaft</b>	Gemeinsame Nutzung der Praxisräume, medizinischer Geräte, des Fachpersonals. Gemeinsamer Patientenstamm, gemeinsame Abrechnung. (dennoch eigenverantwortliches und medizinisch unabhängiges arbeiten). Auch überörtlich mit mehreren Praxisstandorten möglich (KBV 2022e).
<b>Gesundheits- zentrum</b>	Gesundheitsversorgung mit verschiedenen ambulanten Versorgungsangeboten (Haus-/Fachärzt*innen und ggf. weiterer Professionen/ Berufsgruppen der Gesundheitsbranche) unter einem Dach/an einem Ort. Die einzelnen Praxen können jedwede Niederlassungsform beinhalten. Kurze Wege sind einer guten Kooperation der Berufsgruppen förderlich, zudem können organisatorische Synergien genutzt werden, bei Erhalt der Selbstständigkeit der/des einzelnen Leistungserbringenden.
<b>HeLaMed Hessen Land  Medizin</b>	„Landarztquote“. Eingeführt durch die hessische Landesregierung, angesiedelt an den allgemeinmedizinischen und hausärztlichen Instituten der Universitäten Frankfurt/Main, Gießen, Marburg. Gemeinsam mit verschiedenen Kooperationspartnern in Hessen werden Studierende



	<p>gezielt auf die landärztliche Tätigkeit vorbereitet. 6,5 % der Medizinstudienplätze eines Jahrgangs stehen für Studierende zur Verfügung, die sich verpflichten nach dem Studium mindestens 10 Jahre als Hausärzt*in in einem unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebiet zu arbeiten (HeLaMed 2023).</p> <p>Darüber hinaus gibt es auch Quoten für den ÖGD.</p>
<b>MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum</b>	<p>Angebot mehrerer Arztpraxen unter einem Dach, fachübergreifend oder facharztgruppengleich möglich. Ärztlich geleitete Einrichtung (in dem MVZ selbst tätig als Vertragsarzt oder angestellter Arzt, SGB V § 95 (1)). Ärzte sind dort als Vertragsarzt selbstständig oder – in überwiegender Anzahl – angestellt tätig.</p> <p>Gründung möglich durch Ärzt*innen, Krankenhäuser, Erbringer*innen nicht-ärztlicher Dialyseleistungen, bestimmte gemeinnützige Träger, anerkannte Praxisnetze, Kommunen (SGB V § 95 (1-1a)). Organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit.</p>
<b>NäPa Nicht-ärztliche Praxisassistent*in</b>	<p>Medizinische Fachangestellte o. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen mit mind. dreijähriger Berufserfahrung und Hausbesuchserfahrung, die eine entsprechende Weiterbildung/Zusatzqualifikation absolviert haben. NäPa übernehmen zum Beispiel selbstständig Haus- und Pflegeheimbesuche, bei denen der direkte ärztliche Kontakt nicht medizinisch notwendig ist (KBV 2022d).</p>
<b>Praxisgemeinschaft</b>	<p>Ressourcenteilung (gemeinsame Nutzung der Praxisräume, medizinischer Geräte, des Fachpersonals) mehrerer „Einzelpraxen“ von Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen, jedoch getrennter Patientenstamm, getrennte Abrechnung (KBV 2022e).</p>
<b>Teilzulassung</b>	<p>„Selbstständigkeit in Teilzeit“: Praxistätigkeit mit einem meist halbem (gelegentlich auch drei Viertel) Versorgungsauftrag. D.h. der/die Ärzt*in muss mit einem geringeren wöchentlichen Stundenumfang zur Verfügung stehen. Wird in der Bedarfsplanung auch nur anteilig angerechnet.</p>
<b>VERAH Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis</b>	<p>Erfahrene Medizinische Fachangestellte mit einer entsprechenden Weiterbildungsmaßnahme. Durch Übernahme arztentlastender, delegierter Aufgaben (z. B. Durchführung delegierter Hausbesuche, Fallmanagement, Erstellung individueller Versorgungspläne) unterstützen diese die Sicherstellung einer umfassenden Patient*innenbetreuung. (IhF 2023)</p>
<b>Weiterbildungsbund</b>	<p>Organisatorischer Zusammenschluss mehrerer medizinischer Einrichtungen (Kliniken, ambulante Praxen, ggf. erweitert um weitere Akteure), um die verschiedenen Abschnitte der Weiterbildung zum/zur Fachärzt*in nach einem strukturierten, verlässlichen Rotationsplan anzubieten.</p>
<b>Zweigpraxis/ Filialpraxis</b>	<p>Nebenbetriebsstätte eines/einer bereits kassenärztlich tätigen Arztes/Ärztin an einem weiteren Ort. Die Gründung/Tätigkeit in einer Zweigpraxis muss eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten darstellen und durch den <i>Zulassungsausschuss</i> genehmigt werden. Das ausgeübte Fachgebiet der Haupt- und Nebenbetriebsstätte(n) muss nicht deckungsgleich sein. Ein Arzt darf an max. 2 weiteren Orten ärztlich tätig sein.</p>
<b>Weitere Begrifflichkeiten</b>	
<b>Morbidität</b>	<p>„Krankheitslast“ bzw. „Krankheitshäufigkeit“. Im engeren Sinne statistische Größe für Prävalenz und Inzidenz (Verhältnis der aktuell erkrankten bzw. der neu erkrankten Personen zur gesamten Bevölkerung).</p>
<b>Multimorbidität</b>	<p>Vorliegen mehrerer Erkrankungen gleichzeitig.</p>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Hauptakteur*innen der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung (G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; KV: Kassenärztliche Vereinigung; EW: Einwohner*innen; Grafik: eigene Darstellung) .....	10
Abbildung 2 Versorgungsebenen mit Planungsbereichen und Arztgruppen (in Anlehnung an: HMSI und KV Hessen 2014).....	12
Abbildung 3 Versorgungsgrade und deren Auswirkungen (eigene Darstellung; Quellen: G-BA 2022; SGB V) .....	13
Abbildung 4 Schema der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung (eigene Darstellung) .....	14
Abbildung 5 Abnahme des Anteils der in Vollzeit tätigen ambulanten Ärzt*innen in Hessen von 2007 zu 2021 (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2022b) .....	18
Abbildung 6 Prognose der Veränderung der Altersstruktur im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: HSL 2019).....	21
Abbildung 7 Arztdichte bezogen auf alle Ärzt*innen einschließlich Psychotherapeut*innen (Quelle: KBV 2022c; 11.01.2023) .....	23
Abbildung 8 Praxisstandorte der Hausärztlichen Versorgungsebene (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	24
Abbildung 9 Entwicklung der Versorgungsgrade (hausärztliche Versorgung) von 2015 bis 2023 im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: KVH Daten; Stand 01.04.2023).....	25
Abbildung 10 Prozentuale Altersstruktur der Hausärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in Hessen (Eigene Darstellung; Quelle KVH 2023a).....	26
Abbildung 11 Praxisstandorte der Kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	28
Abbildung 12 Praxisstandorte der Allgemein Fachärztlichen Versorgungsebene – alle Fachgruppen (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	29
Abbildung 13 Praxisstandorte der Augenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	31
Abbildung 14 Praxisstandorte der Chirurgisch/Orthopädischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH) .....	31
Abbildung 15 Praxisstandorte der Frauenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	32
Abbildung 16 Praxisstandorte der Hautärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	32
Abbildung 17 Praxisstandorte der Hals-Nasen-Ohrenärztlichen (HNO) Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH) .....	33
Abbildung 18 Praxisstandorte der Nervenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	33
Abbildung 19 Praxisstandorte der Urologischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	34
Abbildung 20 Praxisstandorte der Psychotherapeutischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2023a; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH) .....	35
Abbildung 21 Durchschnittsalter der allgemeinen Fachärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Eigene Darstellung; Quelle KVH 2023a) .....	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Versorgungsanteile von MVZ an der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf .....	19
Tabelle 2 Versorgungsanteile von MVZ an der allgemein fachärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf und im Vergleich zu Hessen .....	19
Tabelle 3 Indikatoren der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen.....	22
Tabelle 4 Versorgungs-Kennzahlen der Hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen des Landkreises Marburg-Biedenkopf .....	25
Tabelle 5 Versorgungs-Kennzahlen der kinderärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf .....	27
Tabelle 6 Versorgungs-Kennzahlen der Allgemein Fachärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf.....	28
Tabelle 7 Verteilung der Ärzt*innensitze (Allgemein fachärztliche Versorgung) nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (ohne ermächtigte Ärzt*innen und Übernahmepaxen) .....	30
Tabelle 8 Versorgungs-Kennzahlen der Psychotherapeutischen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf.....	34
Tabelle 9 Versorgungs-Kennzahlen der Spezialisierten fachärztliche Versorgung in der Raumordnungsregion Mittelhessen.....	37
Tabelle 10 Versorgungs-Kennzahlen der Gesonderten fachärztliche Versorgung in der Planungsregion der KV Hessen .....	37
Tabelle 11 Datenquellen der Versorgungsanalyse.....	40

## Quellen

Ärzte-ZV. 2021. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist. Abgerufen in <https://www.gesetze-im-internet.de/zo-rzte/BJNR005720957.html> (12.01.2023).

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). 2023a. Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen: BBSR-Mittelbereiche.

<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/bbsr-mittelbereiche/Mittelbereiche.html> (zuletzt abgerufen 26.04.2023).

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)). 2023b. Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen: Raumordnungsregionen.

<https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen.html> (zuletzt abgerufen 26.04.2023).

Bertheide Rebecca. 2017. Praxisgründung: Beratung für den Schritt in die Niederlassung. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(5): A-232 / B-208 / C-208.

Destatis. 2022. Konjunkturindikatoren im Studienfach Medizin. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#> (26.01.2023).

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). 2022. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 21. April 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.08.2022 B2) in Kraft getreten am 19. August 2022.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). 2023. Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/> (zuletzt abgerufen am 17.04.2023)

HeLaMed. 2023. <https://helamed.de/> (zuletzt 17.04.2023).

Hermann Teresa, Wiesner Lisa, Joos Stefanie, Sturm Heidrun. 2018. Versorgungsplanung für den Landkreis Tübingen. Abschlussbericht Bedarfserhebung für die Gesundheitskonferenz Tübingen im Auftrag des Landkreises Tübingen. Juli 2018. <https://www.kreis-tuebingen.de/Startseite/landratsamt/kommunale+gesundheitskonferenz.html> (01.08.2022/18.01.2023).

HGöGD (Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst) vom 28. September 2007 in der Gültigkeit vom 28.12.2021 bis 31.12.2024. Stand: letzte berücksichtigte Änderung vom 14. Dezember 2021 (GVBl. S. 992).

HMSI (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration) und KV Hessen. 2014. Regionaler Gesundheitsreport 2014: Gesundheitliche und pflegerische Versorgung, Daten – Fakten – Ausblicke. Landkreis Marburg-Biedenkopf.

HSL (Hessisches Statistisches Landesamt). 2019. Bevölkerung in Hessen 2060 – Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Hessen bis 2040. Kennziffer: A I 8 - Basis 31.12.2018.

IhF (Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband e. V.). 2023. Was sind VERAH? <https://www.verah.de/was-ist-verah/was-sind-verah> (zuletzt abgerufen 26.04.2023).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2020. Die Bedarfsplanung – Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. [https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente\\_Bedarfsplanung\\_Broschuere.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf) (zuletzt abgerufen am 19.07.2022).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2022a. Gesundheitsdaten: Planungsregionen und Verhältniszahlen; Arzt-Einwohner-Verhältnisse. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php> (zuletzt abgerufen am 06.01.2023).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2022b. Gesundheitsdaten: Immer weniger Einzelpraxen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php> (zuletzt 11.01.2023)

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2022c. Gesundheitsdaten: Medizinische Versorgung; Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>; (zuletzt 11.01.2023).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2022d. Delegation: Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) in Haus- und Facharztpraxen. <https://www.kbv.de/html/12491.php> (17.04.2023).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2022e. Kooperationen – Optionen & Kooperationsformen. <https://www.kbv.de/html/14347.php> (29.12.2022).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2022a. Website: Daten zur ambulanten Versorgung in Hessen. <https://www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen/> (zuletzt abgerufen am 14.04.2023).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2022b. Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. Stand 01.03.2022. Frankfurt/Main, 16.09.2022.

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2022c. Ansiedlung: Niederlassen leicht gemacht. <https://www.kvhessen.de/foerderung/ansiedlungsfoerderung> (17.04.2023).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2023a. Fokus Gesundheit. Ambulante medizinische Versorgung: Landkreis Marburg-Biedenkopf; Q4\_2022 (Januar 2023).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2023b. Der Zulassungsausschuss Hessen. <https://www.za-hessen.de/> (12.01.2023).

Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf. 2022. Förderrichtlinie „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum“.

Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C. 2016. Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland – eine Übersicht. Das Gesundheitswesen 2016; 78(08/09): 62 – 68. DOI: 10.1055/s-0035-1555948.

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. 2019. Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg.

Prütz F, Rommel A. 2017. Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 88–94. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116

Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G et al. 2021. Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 6(3): 49–71. DOI 10.25646/8554

Raymann T (für die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg). 2009. Auswirkungen der Bedarfsplanung für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Auswirkungen der neuen Quotenregelungen. Mai 2009.

SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -). Viertes Kapitel (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) des Gesetzes vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), in Kraft getreten am 01.01.1989, 01.01.1990 bzw. 01.01.1991. Zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.12.2022 (BGBl. I S. 2793) m.W.v. 01.01.2020 (rückwirkend) bzw. 29.12.2022. Stand: 01.01.2023 aufgrund Gesetzes vom 20.12.2022 (BGBl. I S. 2759).

Statista. 2023. Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158864/umfrage/anzahl-der-im-ambulanten-bereich-angestellten-aerzte-seit-1995/> (26.01.2023)

Stiftung Gesundheit. 2022. <https://www.stiftung-gesundheit.de/strukturverzeichnis/versorgungslandschaft/> (06.03.2023)

van Daalen KR, Romanello M, Rocklöv J, et al. 2022. The 2022 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: towards a climate resilient future. Lancet Public Health. 2022 Nov;7(11):e942-e965. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00197-9.

Vdek (Verband der Ersatzkassen). 2021. Daten zum Gesundheitswesen. <https://www.vdek.com/presse/daten.html> (04.08.2022, zuletzt 25.01.2023).

Vdek (Verband der Ersatzkassen). 2022. Basisdaten zum Gesundheitswesen 2022. <https://www.vdek.com/presse/daten.html> (13.03.2023).

Wikipedia 2022. Arztnetz. <https://de.wikipedia.org/wiki/Arztnetz> (29.12.2022).

ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland). 2021. Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2020. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2016 bis 2019. November 2021, 11. Jahrgang. Berlin. [https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2020.pdf](https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2020.pdf) (22.07.2022).