



Ambulante Ärztliche Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf – 2. aktualisierte Auflage 2025



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)
Version 03/2025: Josefine Kubitschek (Fachbereich Gesundheitsamt, Gesundheitsberichterstattung), Miriam Vitzthum (Fachbereich Gesundheitsamt, Versorgungskoordination)

Kontakt: gesundheitsamt@marburg-biedenkopf.de

Bildnachweise: Titel: © betoframe | Unsplash. 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 Landrat

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 Weiterbildungsverbünde 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 Weiterbildungsverbünden, 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 (13.03.2025)	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
Vorgehen der Versorgungsplanung im Landkreis Marburg-Biedenkopf	40

Kleinräumige Analyse und Betrachtung	40
Netzwerkarbeit und Austausch	40
Handlungsansatz 1: Nachwuchs- und Ansiedlungsförderung	41
Handlungsansatz 2: Ausbau von Delegation	42
Ausblick	43
Abkürzungsverzeichnis	44
Glossar relevanter Begrifflichkeiten	45
Abbildungsverzeichnis	49
Tabellenverzeichnis	50
Quellen	51

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: 03/2025)

Hausärztliche Versorgungsebene (Planungsbereich: Mittelbereiche)

Mittelbereich	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Biedenkopf	11	21	20,50	85,17	5,50
Gladenbach	9	17	16,00	105,81	1,00
Kirchhain	10	19	17,25	102,66	1,50
Marburg	51	89	80,75	115,16	0,00
Stadtallendorf	11	20	19,00	101,85	2,00
GESAMT	92	166	153,50	--	10,00

Stand: Arztstand vom 01.02.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025. ¹gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024; Quelle: KVH 2025a (Abruf 13.03.2025).

- In jeder Stadt/Gemeinde im Landkreis (ausgenommen Angelburg) ist mindestens ein Hausarzt/eine Hausärztin tätig.
- Insgesamt sind im Landkreis Marburg-Biedenkopf 166 Hausärzt*innen in 92 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 (%) ¹	Freie Sitze
Augenärzt*innen	7	17	13,50	111,03	0,00
Chirurg*innen, Orthopäd*innen	15	27	24,00	143,38	0,00
Frauenärzt*innen	17	31	25,50	121,19	0,00
Hautärzt*innen	7	12	11,00	175,51	0,00
HNO-Ärzt*innen	7	11	8,75	110,90	0,00
Kinderärzt*innen	12	23	18,50	131,43	0,00
Nervenärzt*innen	15	20	14,00	130,21	0,00
Urolog*innen	4	9	7,00	129,02	0,00
Psychotherapeut*innen	227	249	140,50	315,45	0,00
GESAMT	311	399	262,75	--	0,00

Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025. ¹gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024; Quelle: KVH 2025a (Abruf 13.03.2025).

- Auf Ebene der allgemein fachärztlichen Versorgung (s. Tabelle oben) gilt der Landkreis Marburg-Biedenkopf in allen Arztgruppen als überversorgt (Versorgungsgrad ≥ 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 (KVH 2025d).

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 auf eine flächendeckende hausärztliche aber auch fachärztliche Versorgung hinzuwirken, 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 172.600 im Jahr 2017 auf 185.300 im Jahr 2022. Das bedeutet einen Zuwachs von etwa sieben Prozent innerhalb von fünf Jahren, wobei der Zuwachs bei den Psychotherapeut*innen deutlich größer ausfällt (+28,9 %) als bei den Fachärzt*innen (+5,4 %) oder den Hausärzt*innen (+1,3 %) (vdek 2024). 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 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 45-48).

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 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.

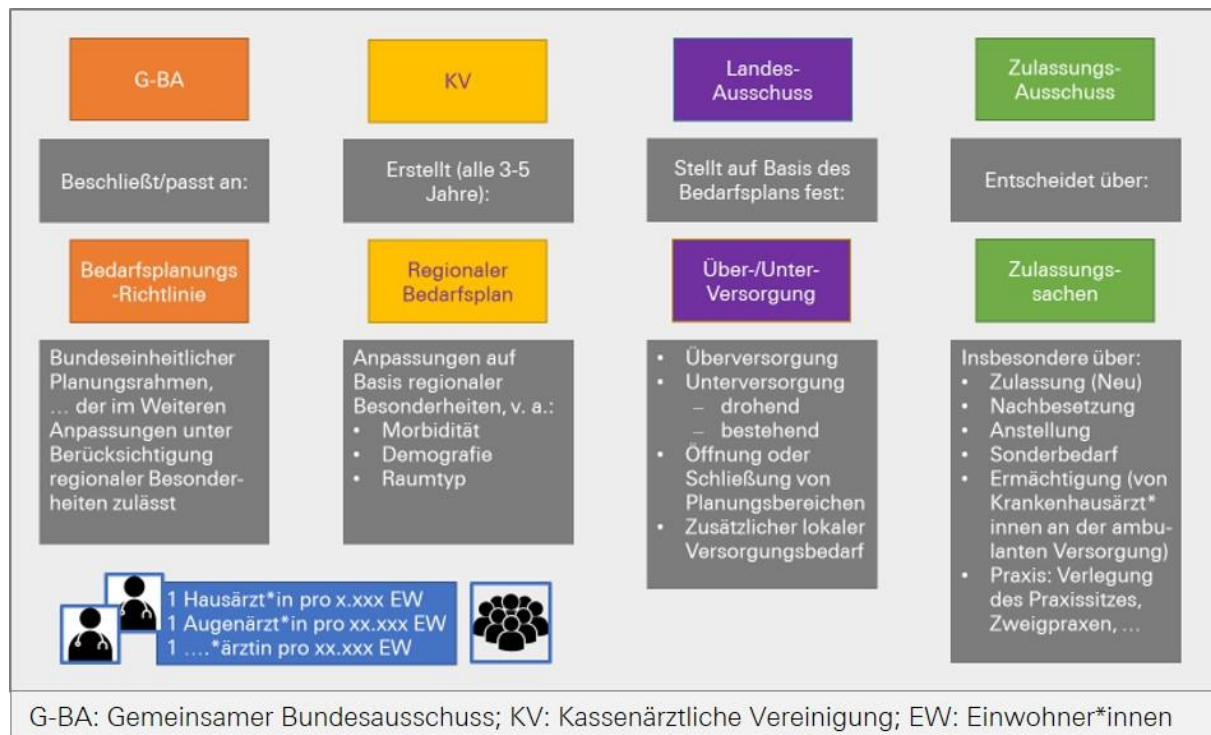


Abbildung 1 Hauptakteur*innen der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung (Eigene Darstellung)

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 des quartalsweise erscheinenden Fokus Gesundheit zur ambulanten medizinischen Versorgung 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 2025c).

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 2022).

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 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.

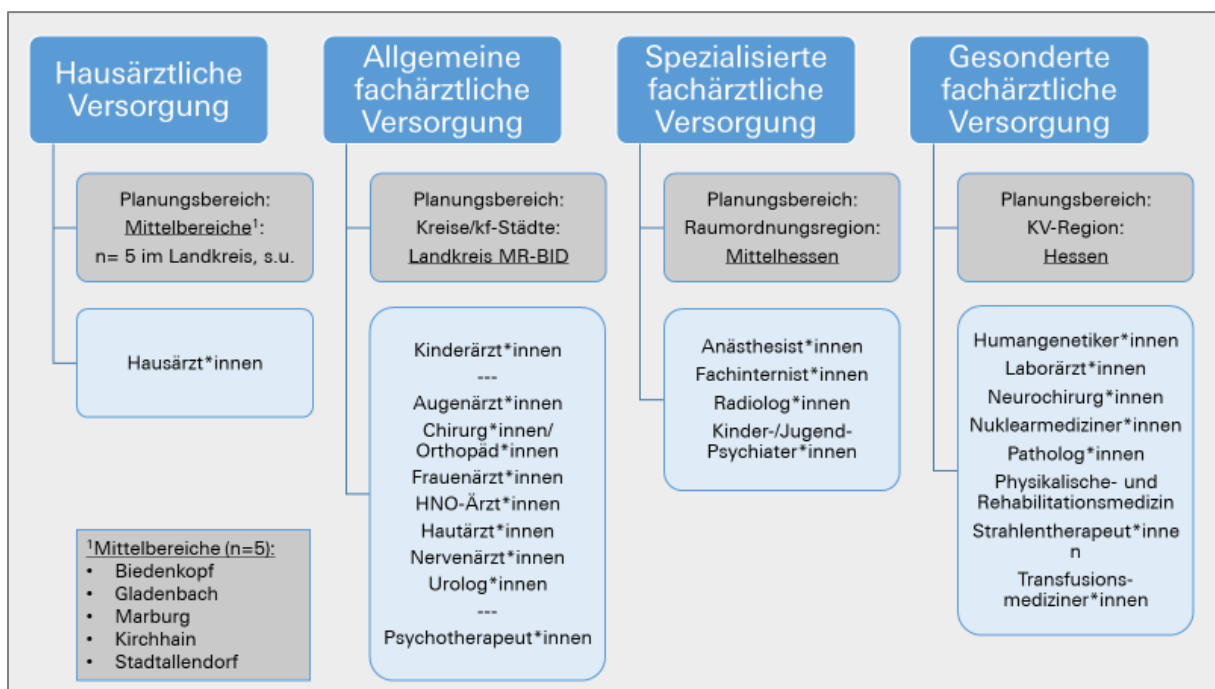


Abbildung 2 Versorgungsebenen mit Planungsbereichen und Arztgruppen (Eigene Darstellung in Anlehnung an: HMSI und KV Hessen 2014)

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 Hausarzt*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)
EW: Einwohner*innen; HÄ: Hausärzt*innen; FÄ: Fachärzt*innen; BPL-RL: Bedarfsplanungs-Richtlinie; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GKV-VSG: Gesetzliche Krankenversicherung – Versorgungsstärkungsgesetz.		

Abbildung 3 Versorgungsgrade und deren Auswirkungen (Eigene Darstellung; Quellen: G-BA 2022; SGB V)

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 übertversorgt 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:

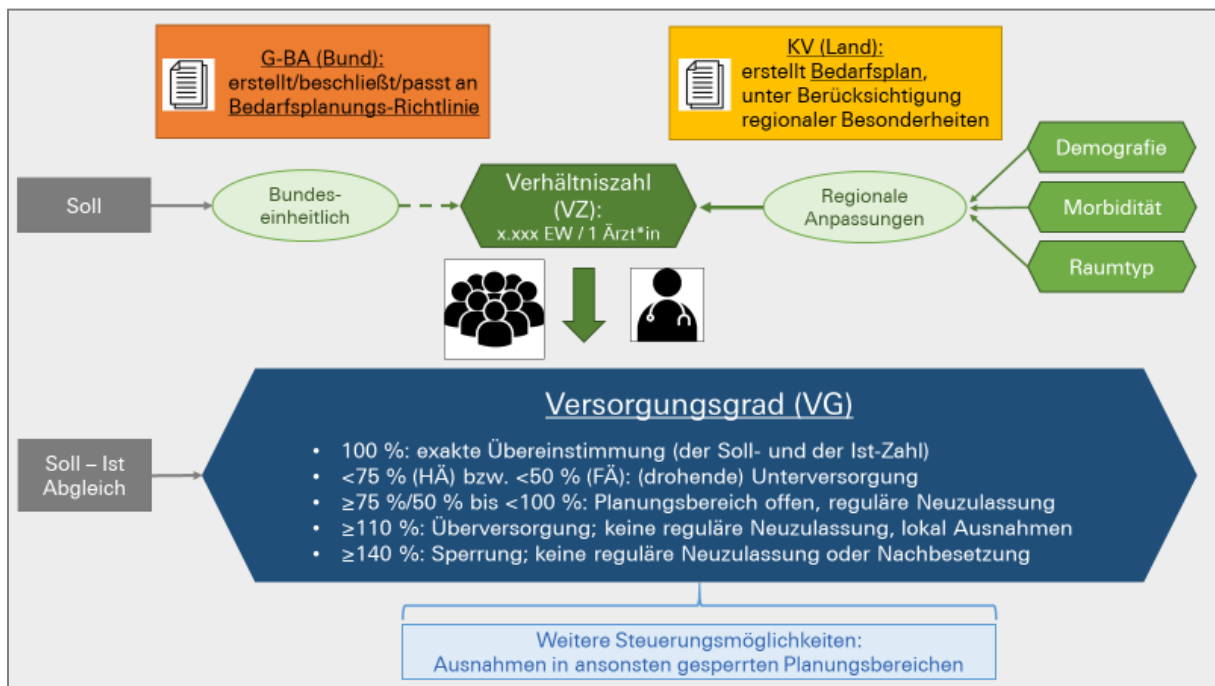


Abbildung 4 Schema der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung (Eigene Darstellung)

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 vier 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 Überversorgung. 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 2025). 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

Etwa 90 % der Bevölkerung (rund 74 Millionen der mehr als 84 Millionen in Deutschland lebenden Menschen) sind in einer der aktuell 95 Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert (vdek 2024). 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 2022 beliefen sich die Leistungsausgaben der GKV (ohne Verwaltung) auf 265,5 Mrd. Euro. Der größte Anteil entfällt mit knapp einem Drittel (32,1 % bzw. 88,1 Mrd. Euro) auf Krankenhauskosten. Ambulante ärztliche Leistungen (ohne zahnärztliche Leistungen) machen 16,8 % der Gesamtausgaben aus (46,1 Mrd. Euro) [Anm.: nahezu gleich viel wie Arzneimittel: 17,8 % mit 48,8 Mrd. Euro] (vdek 2024).

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 (2014 zu 2023) um mehr als das Doppelte (+ca. 128 %) (Statista 2025).

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 2024; 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 2022).

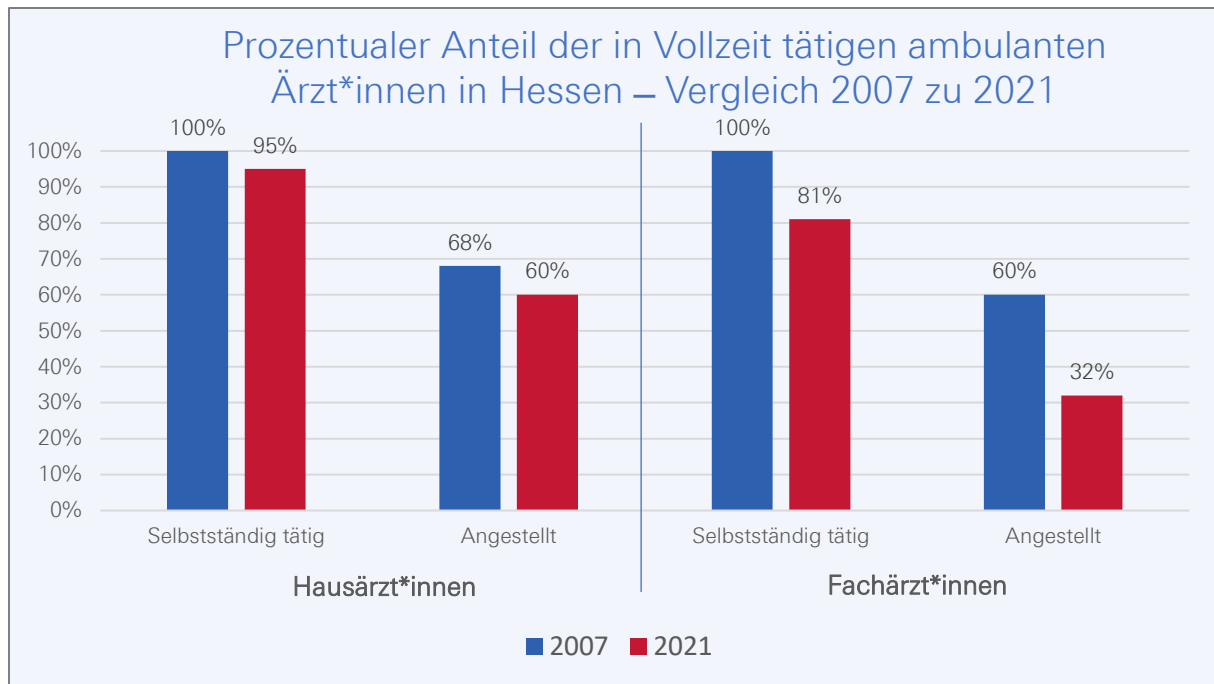


Abbildung 5 Abnahme des Anteils der in Vollzeit tätigen ambulanten Ärzt*innen in Hessen von 2007 zu 2021 (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2022)

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 2024).

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 2023) an der Gesamtversorgung noch gering ist, steigt die Anzahl der MVZ seit dem Jahr 2015 bundesweit deutlich an (KBV 2023).

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 (Quelle: KVH 2022)

Mittelbereich (Landkreis Marburg-Biedenkopf)	Versorgungsanteil MVZ in % (hausärztlich) (Stand 01.06.2022)
Biedenkopf	0,0
Gladenbach	5,6
Kirchhain	0,0
Marburg	3,4
Stadtallendorf	0,0
Hessen GESAMT (Durchschnitt)	6,7

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 (Quelle: KVH 2022)

Versorgungsanteil MVZ in % (Stand: 01.06.2022)		
Arztgruppe	Landkreis Marburg-Biedenkopf	Hessen (Durchschnitt)
Augenärzt*innen	26,9	31,4
Chirurg*innen, Orthopäd*innen	4,4	22,9
Frauenärzt*innen	0,0	15,7
Hautärzt*innen	0,0	5,5
HNO-Ärzt*innen	11,1	7,9
Kinderärzt*innen	0,0	7,4
Nervenärzt*innen	12,0	15,9
Urolog*innen	28,6	12,0
Psychotherapeut*innen	1,1	3,1

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 2022).

Struktur und Bevölkerung des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Bevölkerung und steigender Versorgungsbedarf

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf mit 22 Städten und Gemeinden hat derzeit 250.441 Einwohner*innen (Stand 31.12.2023, KVH 2025c). Bezüglich der Gesamtzahl der Bevölkerung gehen Prognosen von einer Abnahme der Bevölkerungszahl im Landkreis Marburg-Biedenkopf um -10 % von 2021 bis 2050 aus (Land Hessen Zunahme um 2,5 %) (HSL 2023). 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 78.203 Einwohnenden, sowie in den Mittelzentren, den Städten Biedenkopf, Gladenbach, Kirchhain und Stadtallendorf (KVH 2025c). 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 2021 bis 2050 um 66,6 % an (von 20,3 % auf 28,2 %) (HSL 2023). Der Altenquotient¹ steigt in diesem Zeitraum kontinuierlich von 33,2 (2021) auf geschätzt 47,3 (2035) bzw. 50,0 (2050), gleichzeitig sinkt der Jugendquotient². 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 17,07 %. Die Kommunen mit dem höchsten Anteil älterer (ab 65-Jährige) und hochaltriger (ab 80-Jährige) Personen sind Wohratal (26,14 % über 65 Jahre), Fronhausen (24,35 %), und Münchhausen (24,09 %) (KVH 2025c).

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

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

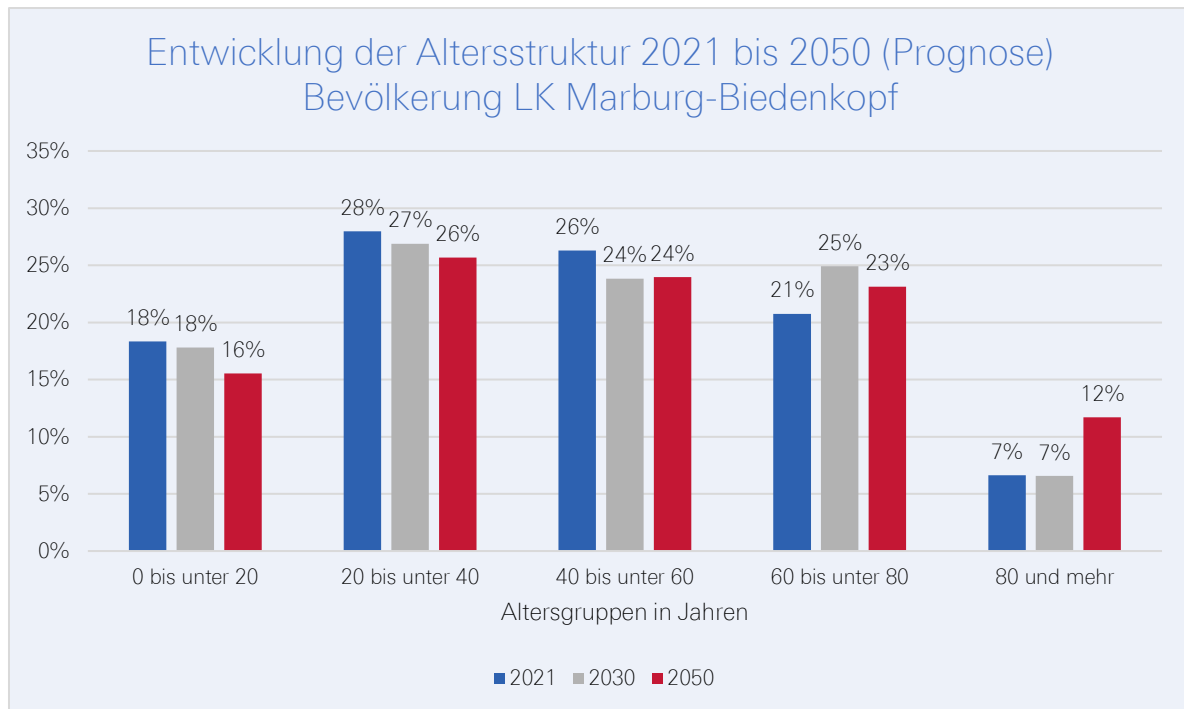


Abbildung 6 Prognose der Veränderung der Altersstruktur im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: HSL 2023)

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 229,5 je 100.000 Einwohner*innen hessen- und bundesweit weit überdurchschnittlich (Abb. 7). Bei den Hausärzt*innen mit 69,9 je 100.000 Einwohner*innen liegt die Arztdichte im Landkreis hessen- und bundesweit im oberen Mittelfeld (ohne Abb., KBV 2023). 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 11,6 % 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 2023).

Tabelle 3 Indikatoren der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Quelle: KBV 2023 (Abruf 12.03.2025))

Indikator (Stand: 2023)	Fachgruppe	Landkreis MR-BID	Hessen
Arztdichte (Ärzt*innen je 100.000 EW)	Alle Ärzt*innen ¹	229,5	231,3
	Hausärzt*innen	69,9	65,9
Durchschnittsalter (in Jahren)	Alle Ärzt*innen ¹	53,9	53,9
	Hausärzt*innen	54,7	55,1
Anteil weiblicher Ärztinnen (in %)	Alle Ärzt*innen ¹	59,5	52,9
	Hausärzt*innen	47,1	49,8
Anteil Ärzt*innen über 65 Jahre (in %)	Alle Ärzt*innen ¹	13,3	13,2
	Hausärzt*innen	11,6	15,7
Anteil Vertragsärzt*innen (in %)	Alle Ärzt*innen ¹	81,9	68,9
	Hausärzt*innen	76,2	71,9
Anteil angestellte Ärzt*innen (in %)	Alle Ärzt*innen ¹	15,9	27,4
	Hausärzt*innen	23,8	27,9
¹ Alle ambulant tätigen Ärzt*innen (inkl. Hausärzt*innen) und Psychotherapeut*innen			

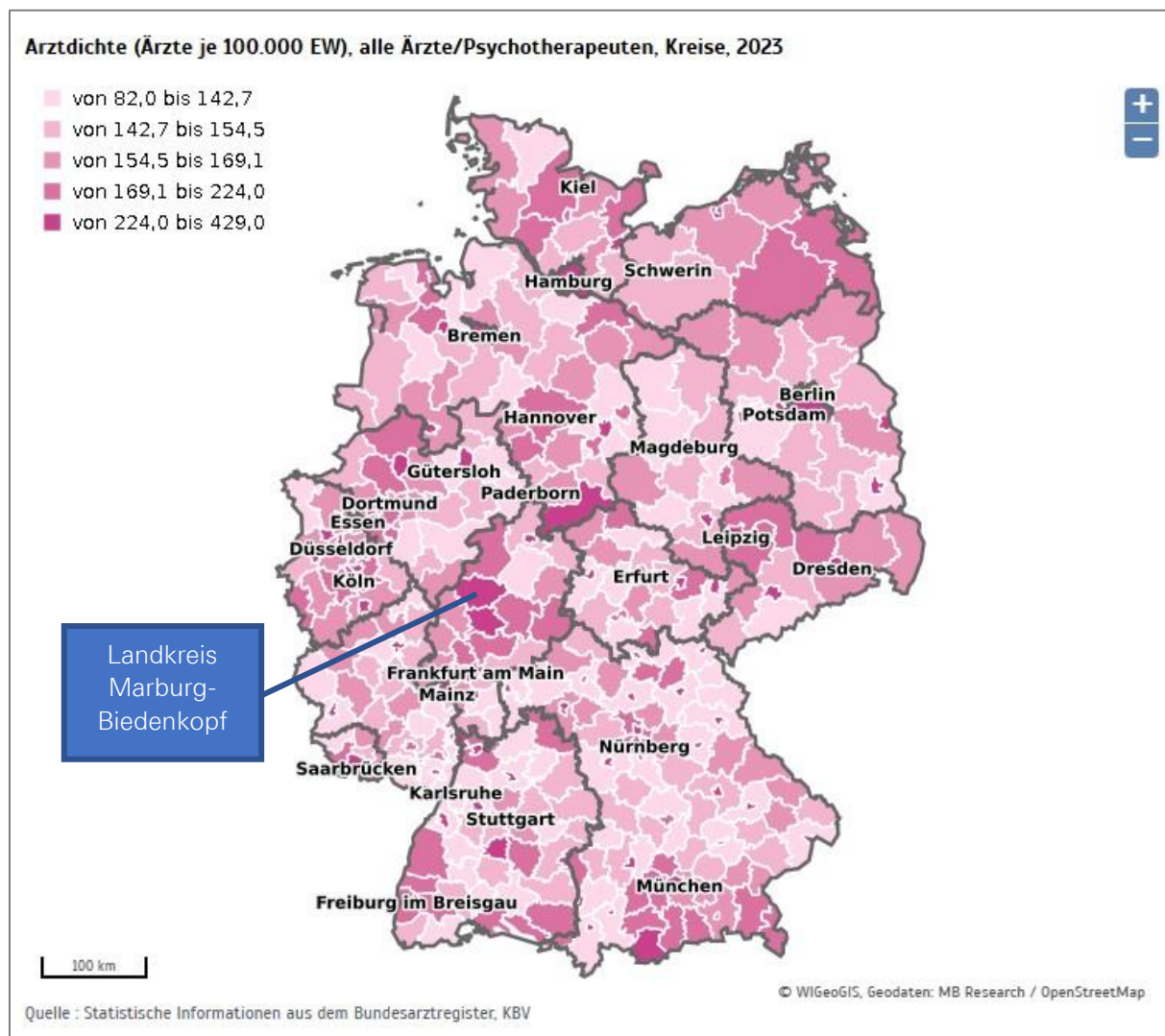


Abbildung 7 Arztdichte bezogen auf alle Ärzt*innen einschließlich Psychotherapeut*innen (Quelle: KBV 2023 (Abruf: 12.03.2025))

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 (13.03.2025)

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf ist eine flächendeckende Versorgung grundsätzlich gegeben (Abb. 8).

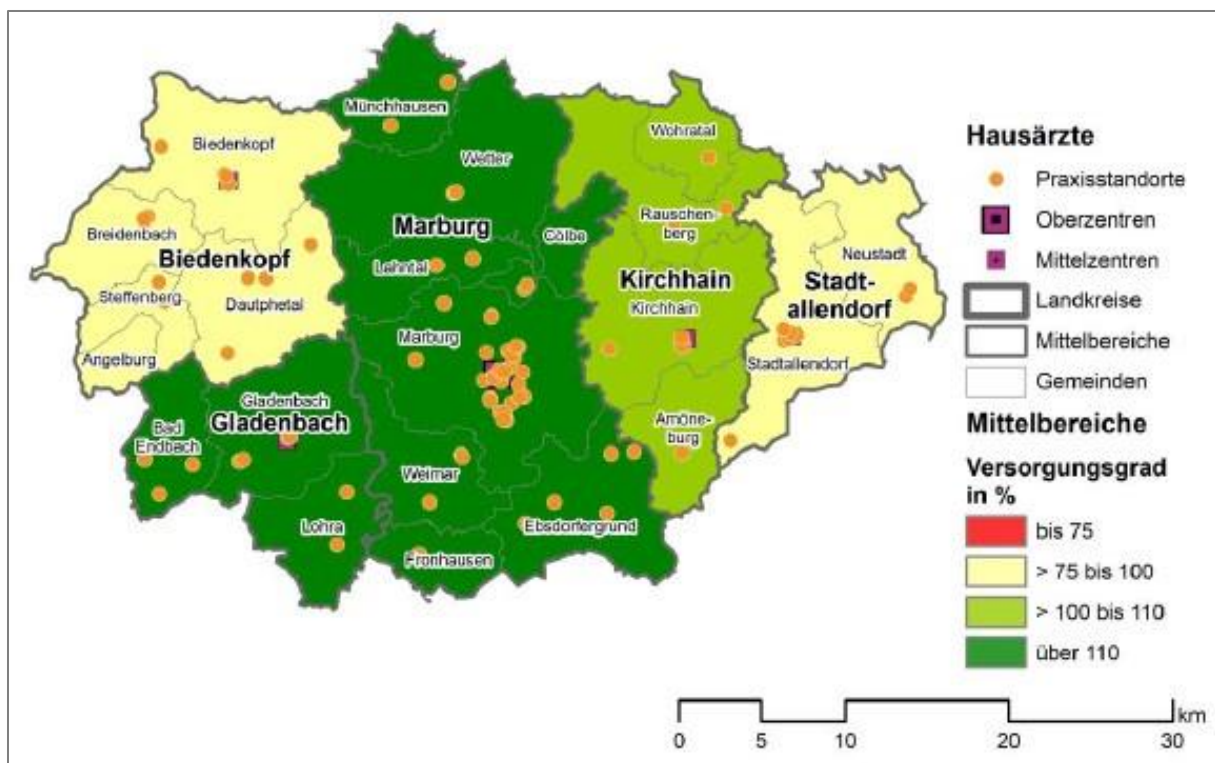


Abbildung 8 Praxisstandorte der Hausärztlichen Versorgungsebene (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Insgesamt praktizieren mit Stand Januar 2025 im Landkreis 167 Hausärzt*innen in 92 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 (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))

Mittelbereich	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Biedenkopf	11	21	20,50	85,17	5,50
Gladenbach	9	17	16,00	105,81	1,00
Kirchhain	10	19	17,25	102,66	1,50
Marburg	51	89	80,75	115,16	0,00
Stadtallendorf	11	20	19,00	101,85	2,00
GESAMT	92	166	153,50	–	10,00

Stand: Arztstand vom 01.02.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025.
¹Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024

Der Mittelbereich Marburg gilt aufgrund eines Versorgungsgrades (VG) von über 110 Prozent als übertversorgt und ist damit derzeit für Neuzulassungen gesperrt. Die vier Mittelbereiche Biedenkopf, Gladenbach, 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 85,17 Prozent und 5,5 freien Haus*ärztinnen-Sitzen auf. Kein Mittelbereich gilt als unterversorgt (VG < 75 %).

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.

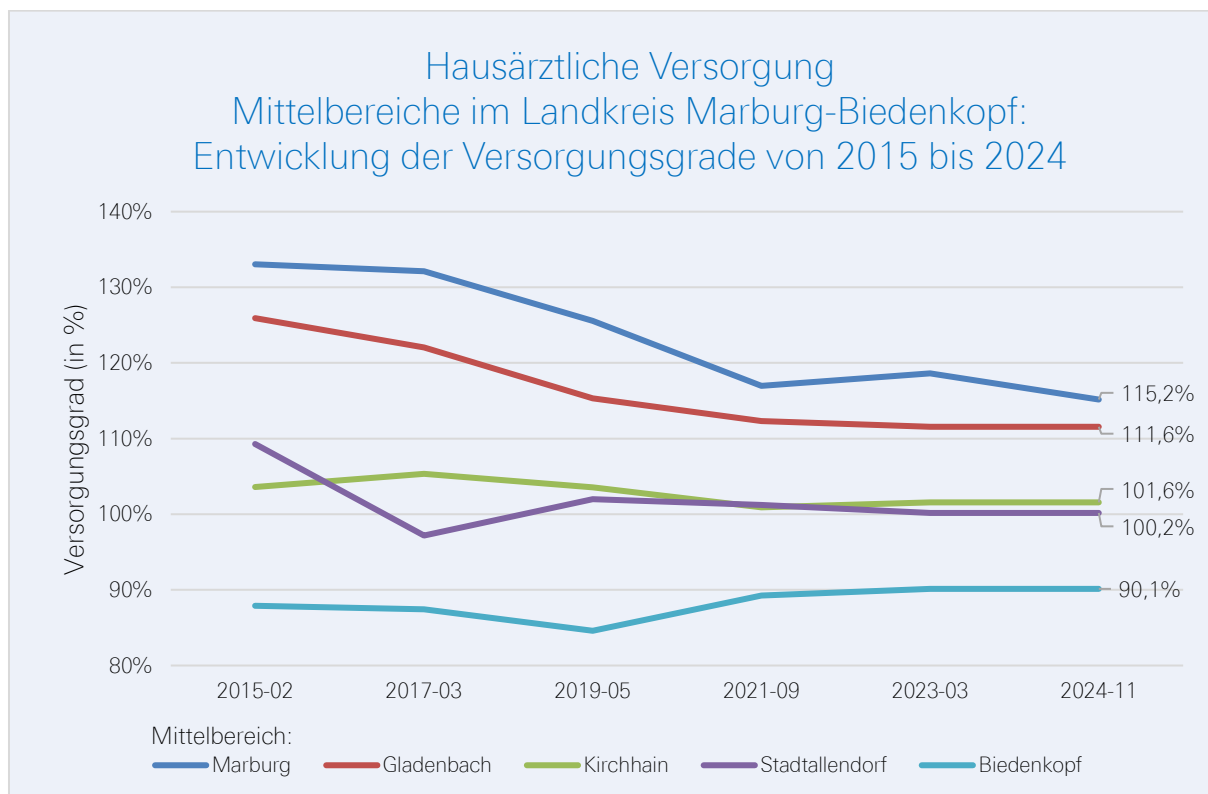


Abbildung 9 Entwicklung der Versorgungsgrade (hausärztliche Versorgung) von 2015 bis 2024 im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2025c)

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.

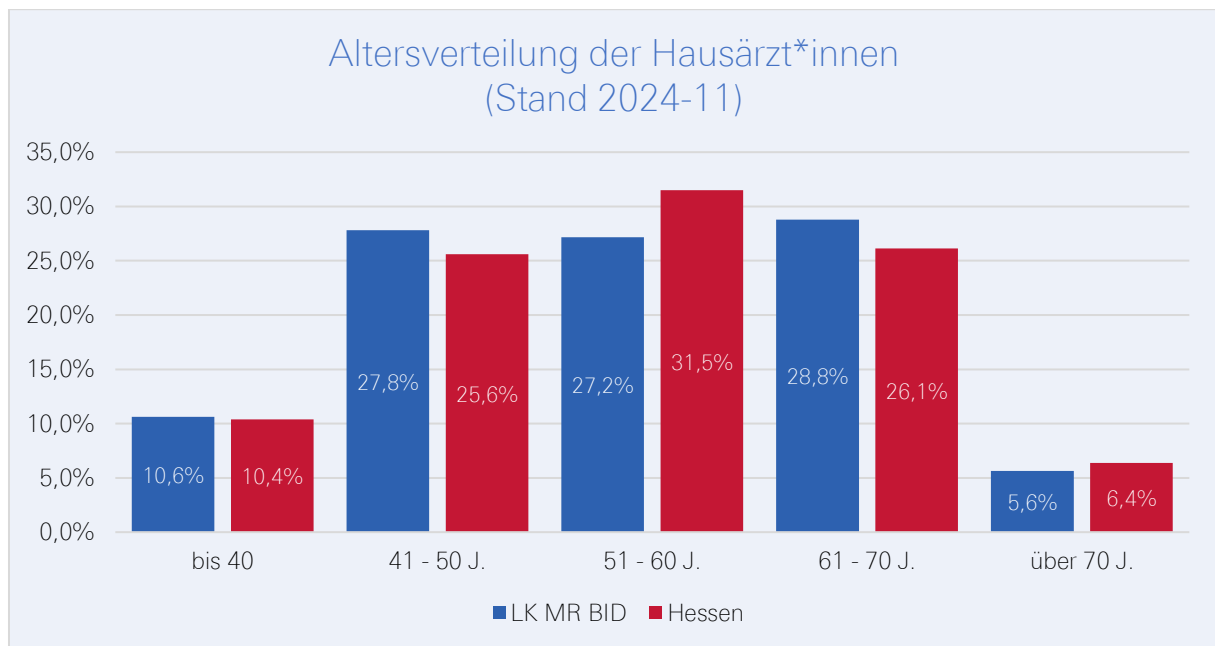


Abbildung 10 Prozentuale Altersstruktur der Hausärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in Hessen (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2025c)

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 (28.11.2025) im Bereich der Kinderärzt*innen mit einem Versorgungsgrad von 131,43% 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 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 (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Kinderärzt*innen	12	23	18,50	131,43	0,00
Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025. ¹ gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024					

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 und des Landkreises Waldeck-Frankenberg 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).

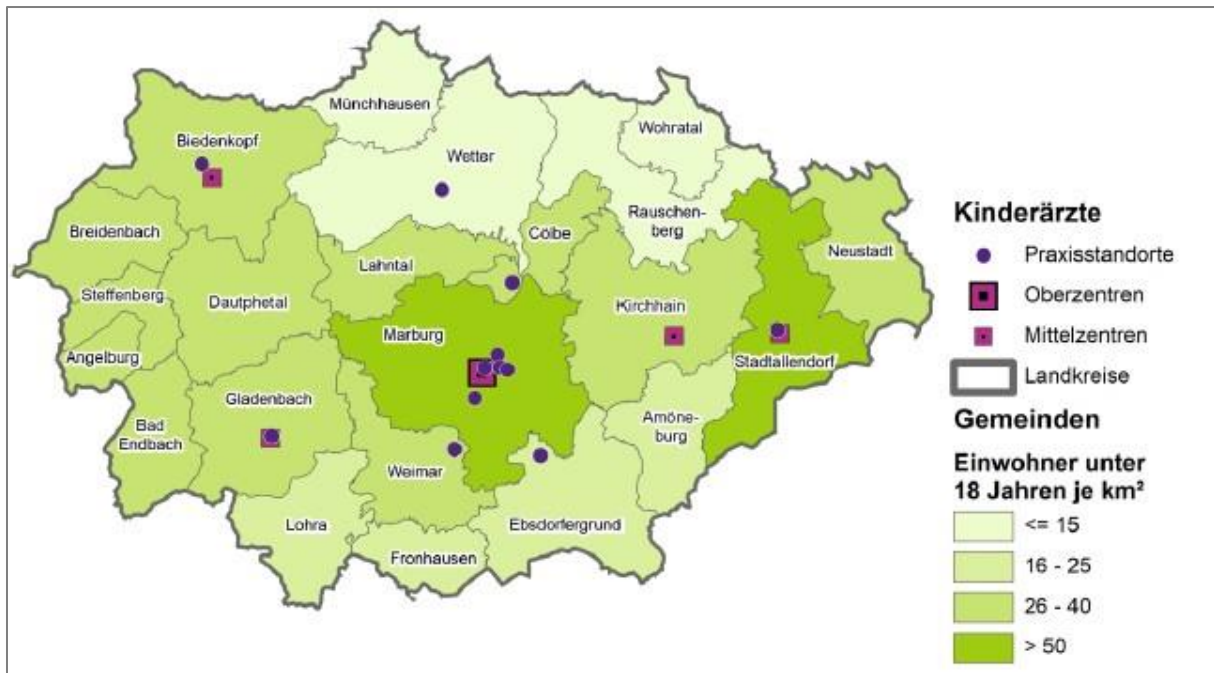


Abbildung 11 Praxisstandorte der Kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

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 (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.01.2025))

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Augenärzt*innen	7	17	13,50	111,03	0,00
Chirurg*innen/ Orthopäd*innen	15	27	24,00	143,38	0,00
Frauenärzt*innen	17	31	25,50	121,19	0,00
Hautärzt*innen	7	12	11,00	175,51	0,00
HNO-Ärzt*innen	7	11	8,75	110,90	0,00
Kinderärzt*innen	12	23	18,50	131,43	0,00
Nervenärzt*innen	15	20	14,00	130,21	0,00
Urolog*innen	4	9	7,00	129,02	0,00
Psychotherapeut*innen	227	249	140,50	315,45	0,00
Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025. ¹ gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024					

Hierbei gab es in den vergangenen Jahren keine wesentlichen Änderungen (KVH 2025c). Einschließlich der separat dargestellten Fachgruppen der Kinder-/Jugendlichen-Ärzt*innen und der Psychotherapeut*innen sind im Landkreis insgesamt 399 Fachärzt*innen dieser Versorgungsebene in 311 Praxen tätig. Diese nehmen 262,25 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.

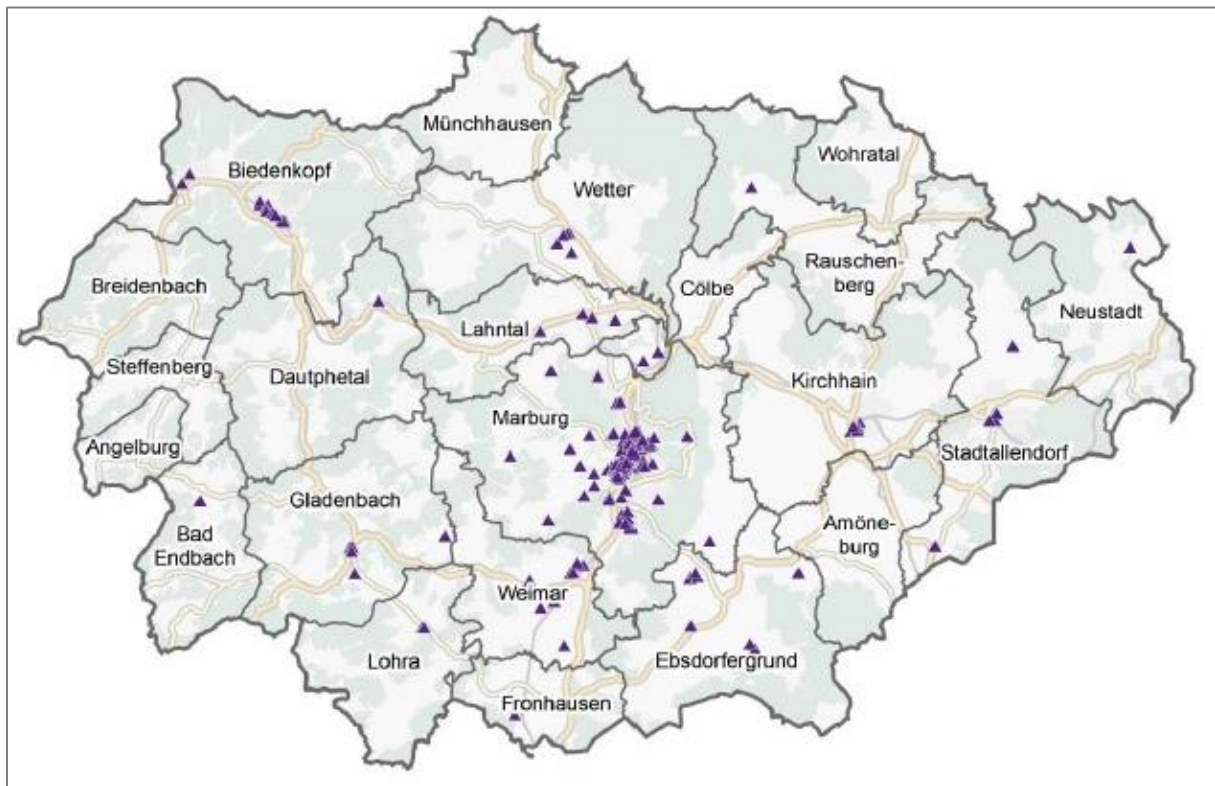


Abbildung 12 Praxisstandorte der Allgemein Fachärztlichen Versorgungsebene – alle Fachgruppen (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

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 darauf nicht 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 Übernahmepraxen) (Quelle: KVH 2025c)

Ort	Augenärzt*innen	Chirurg*innen & Orthopäd*innen	Frauenärzt*innen	Hautärzt*innen	HNO-Ärzt*innen	Kinderärzt*innen	Nervenärzt*innen	Psychotherapeut*innen	Urolog*innen	GESAMT
Ärzt*innensitze LK MR-BID GESAMT	13,50	24,00	25,50	11,00	8,25	18,50	14,00	140,50	7,00	262,25
Amöneburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angelburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bad Endbach	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	0,50
Biedenkopf	2,00	5,00	3,50	-	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	21,50
Breidenbach	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cölbe	-	-	-	-	-	2,00	-	0,50	-	2,50
Dautphetal	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	0,50
Ebsdorfergrund	-	-	-	-	-	1,00	-	5,00	-	6,00
Fronhausen	-	-	-	-	-	-	-	2,00	-	2,00
Gladenbach	-	4,00	-	-	1,25	2,50	1,00	3,50	-	12,25
Kirchhain	5,00	1,00	3,00	4,00	1,25	-	1,00	3,50	-	18,75
Lahntal	-	-	-	-	-	-	-	2,50	-	2,50
Lohra	-	-	0,50	-	-	-	-	1,50	-	2,00
Marburg	5,50	11,00	14,50	6,00	3,75	8,00	10,00	107,70	3,00	168,75
Münchhausen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neustadt (Hessen)	-	-	-	-	-	-	-	1,50	-	1,50
Rauschenberg	-	-	-	-	-	-	-	0,50	-	0,50
Stadtallendorf	-	2,00	3,00	-	1,00	1,00	-	2,00	1,00	10,00
Steffenberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Weimar (Lahn)	-	-	-	-	-	1,00	-	4,50	-	5,50
Wetter (Hessen)	1,00	1,00	1,00	1,00	-	1,00	-	2,50	-	7,50
Wohratal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stand: 01.01.2025										

Augenärztliche Versorgung (VG: 111,03 %)

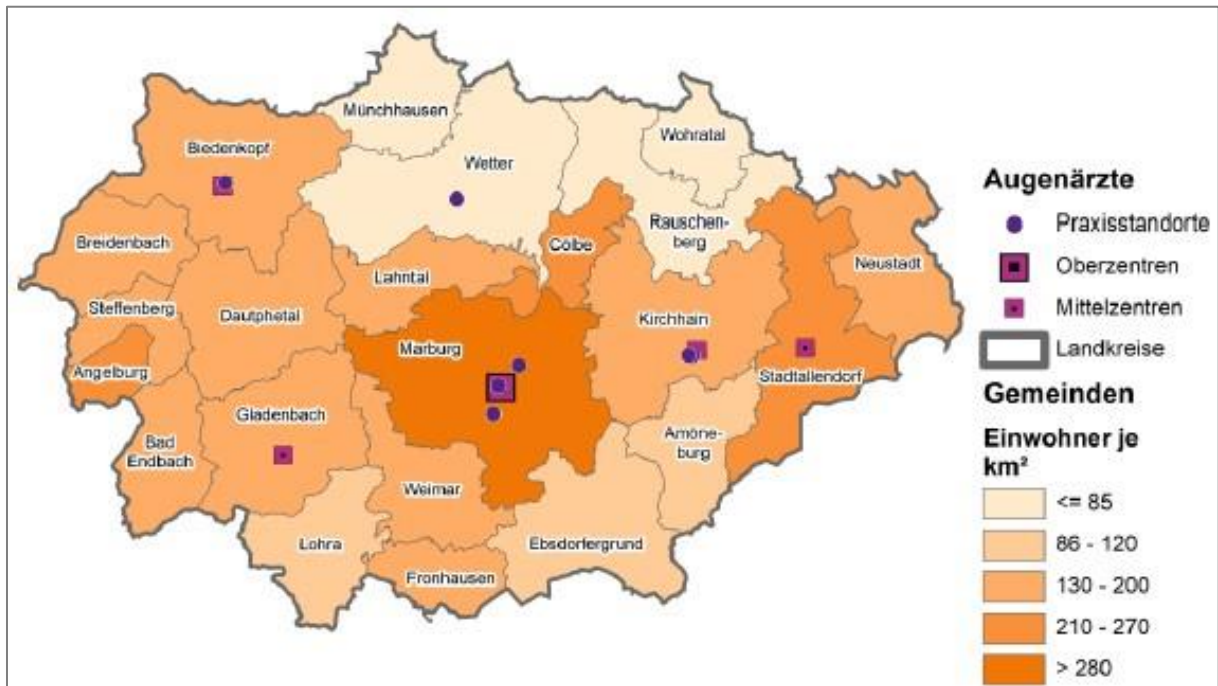


Abbildung 13 Praxisstandorte der Augenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Chirurgisch/orthopädische Versorgung (VG: 143,38 %)

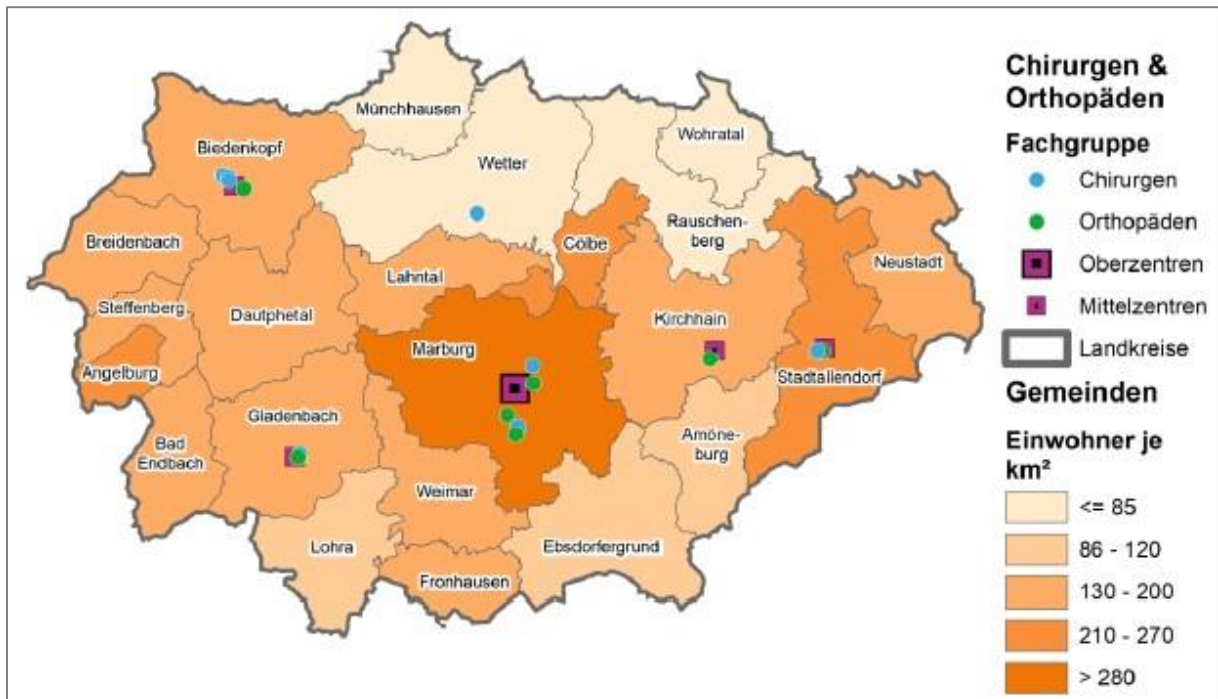


Abbildung 14 Praxisstandorte der Chirurgisch/Orthopädischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Frauenärztliche Versorgung (VG: 121,19 %)

(Einwohnerzahl auf weibl. Bevölkerung bezogen)

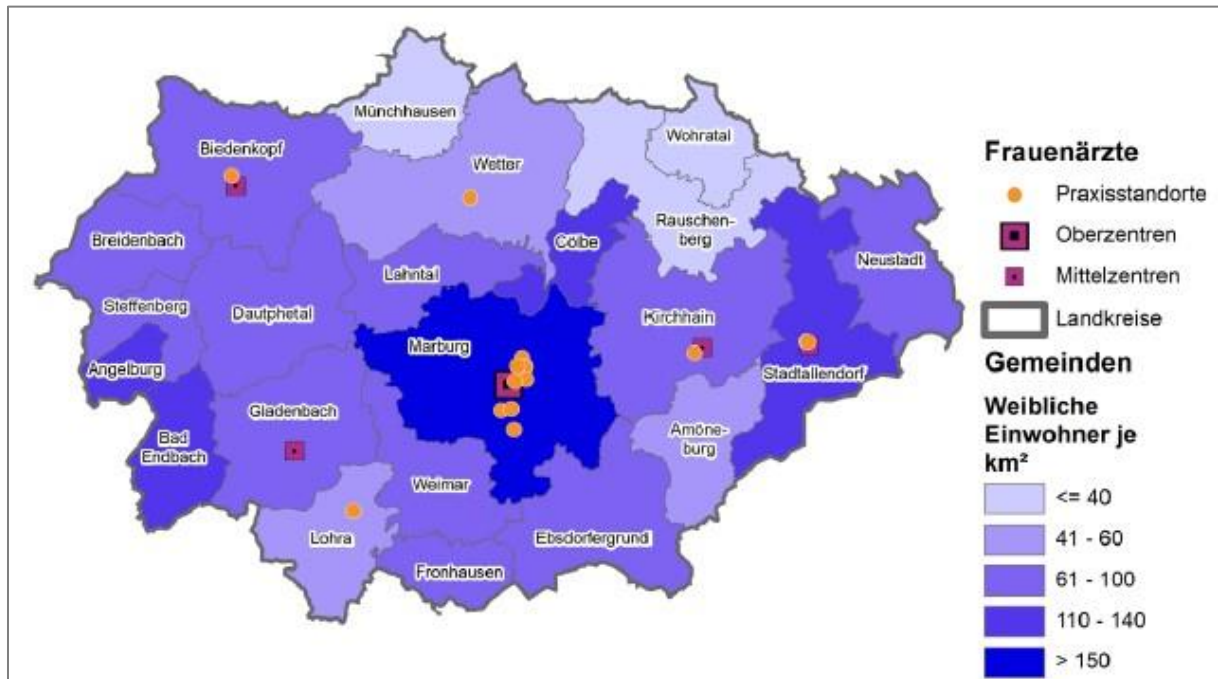


Abbildung 15 Praxisstandorte der Frauenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Hautärztliche Versorgung (VG: 175,51 %)

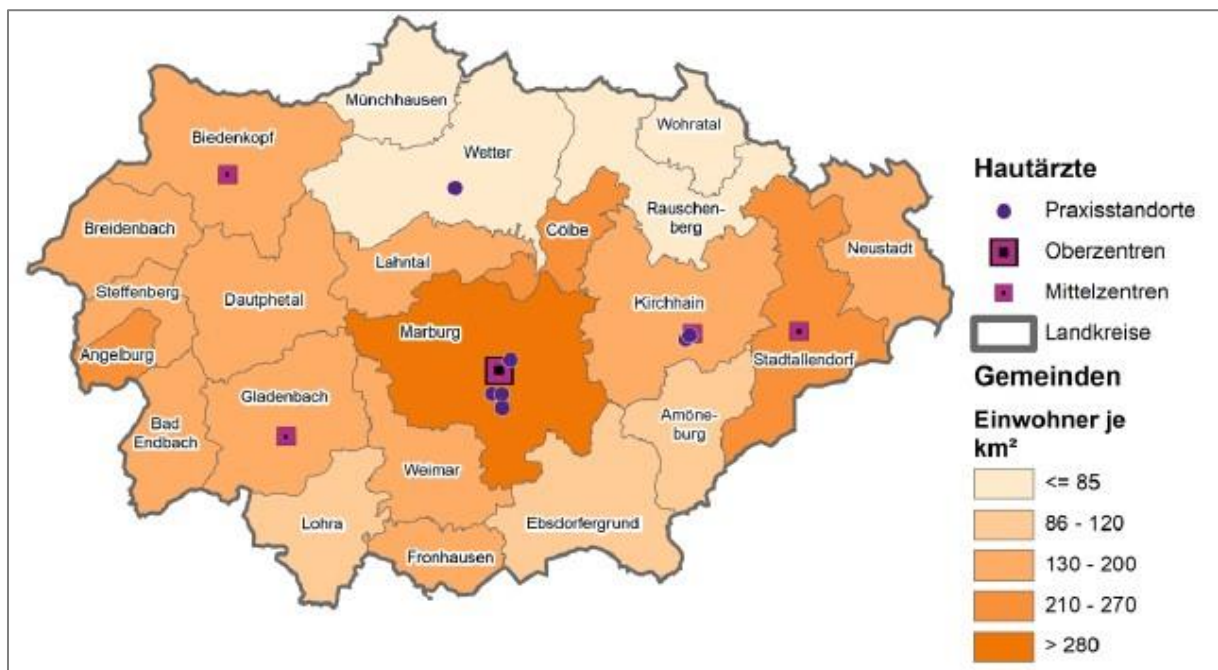


Abbildung 16 Praxisstandorte der Hautärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

HNO-ärztliche Versorgung (VG: 110,90 %)

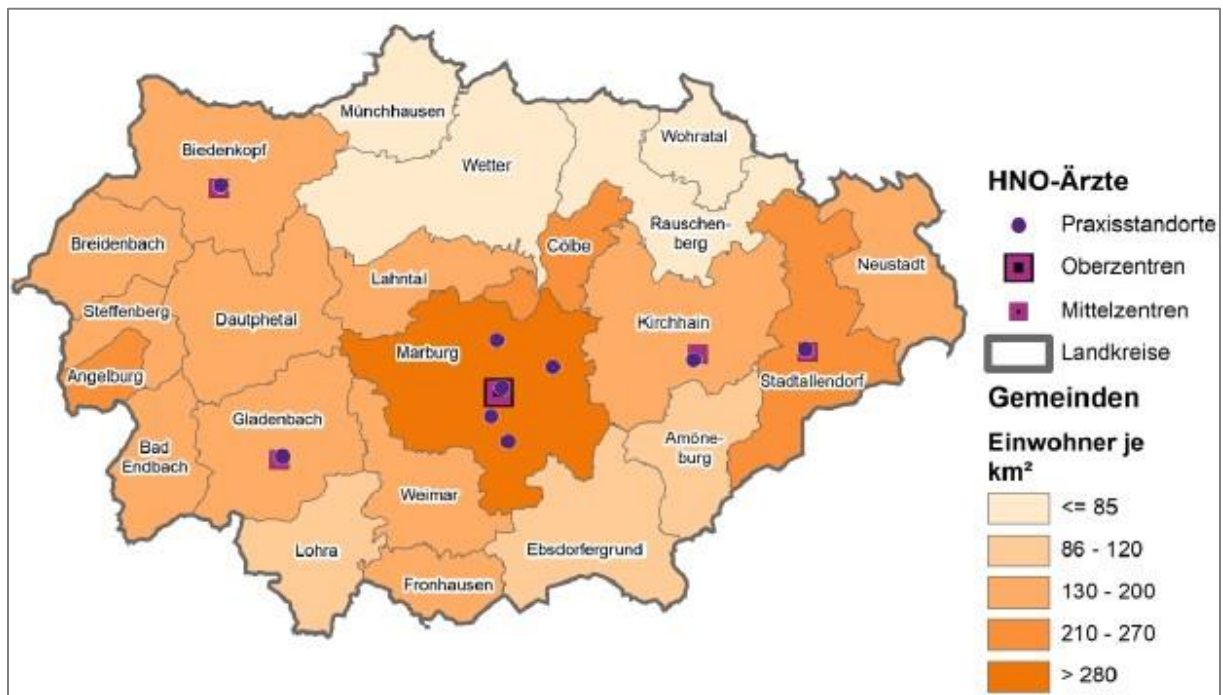


Abbildung 17 Praxisstandorte der Hals-Nasen-Ohrenärztlichen (HNO) Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Nervenärztliche Versorgung (VG: 130,21 %)

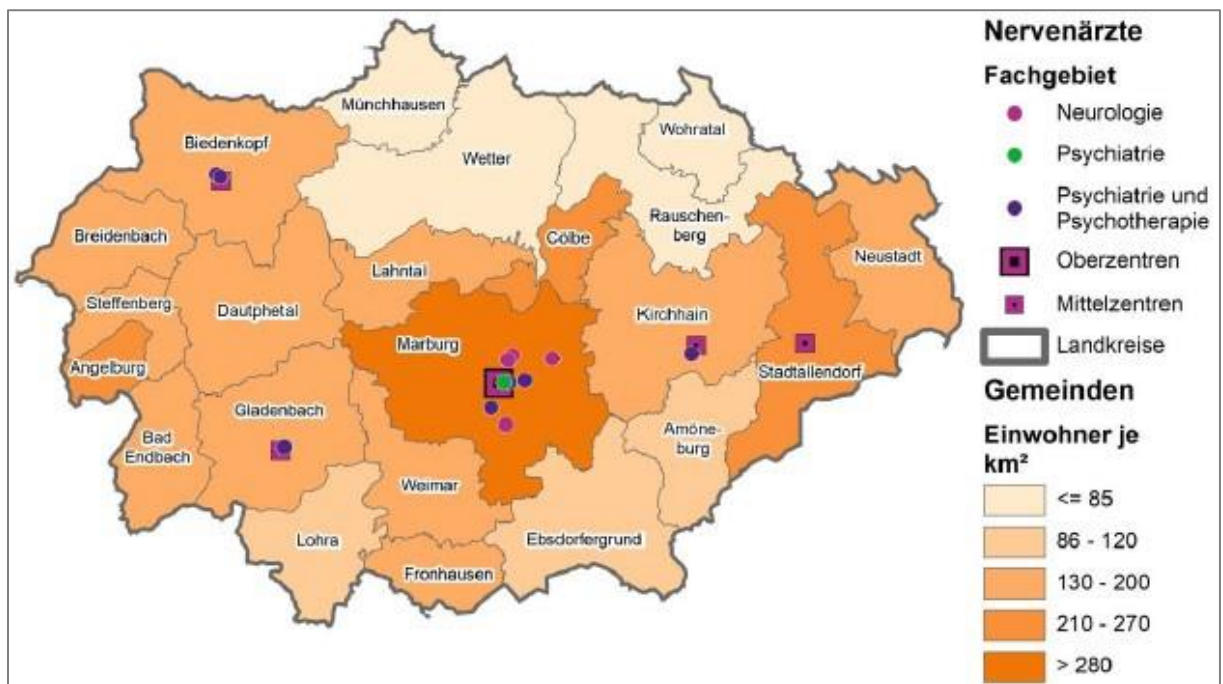


Abbildung 18 Praxisstandorte der Nervenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Urologische Versorgung (VG: 129,02 %)

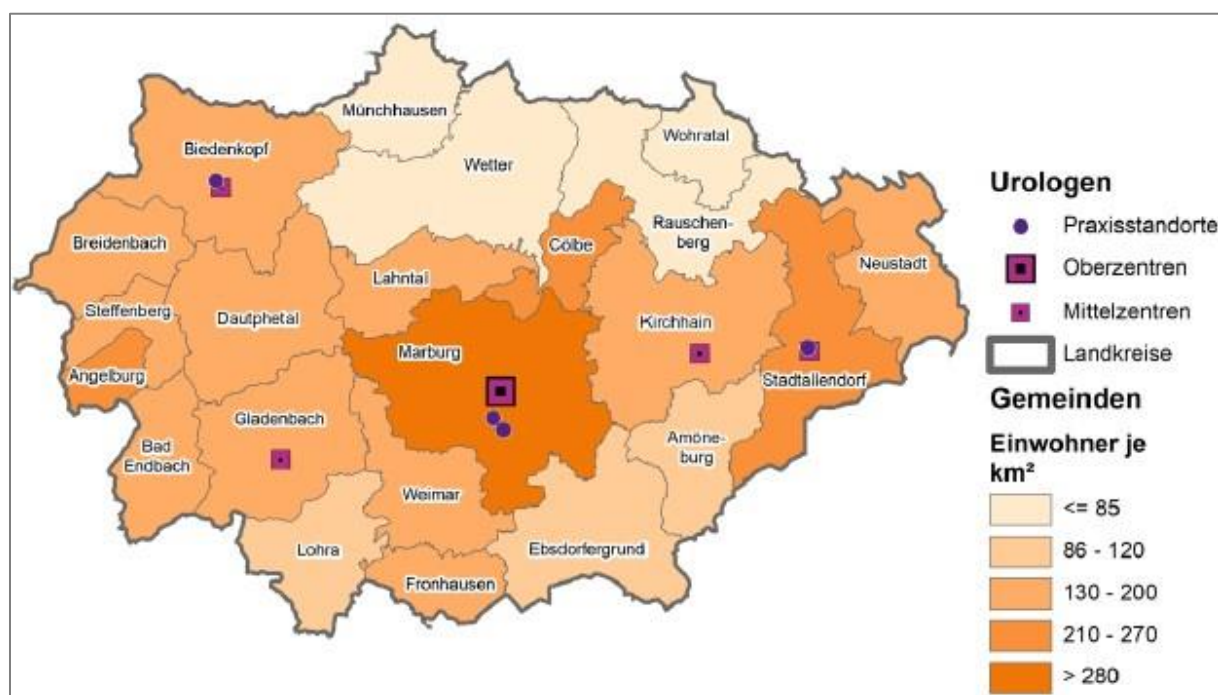


Abbildung 19 Praxisstandorte der Urologischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

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 315,45 % (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 (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzt*innen/Therapeut*innen	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Psychotherapeut*innen	227	249	140,50	315,45	0,00
Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025, ¹ gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024					

Trotz der in dieser Fachgruppe hohen Anzahl an Praxen und Therapeut*innen sind in 6 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 Hausarzt*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 Verteilungsengpass benannt. Daher hat der G-BA an der Planung auf Kreisregionsebene festgehalten bei gleichzeitiger Anhebung des Versorgungsniveaus (KBV 2020).

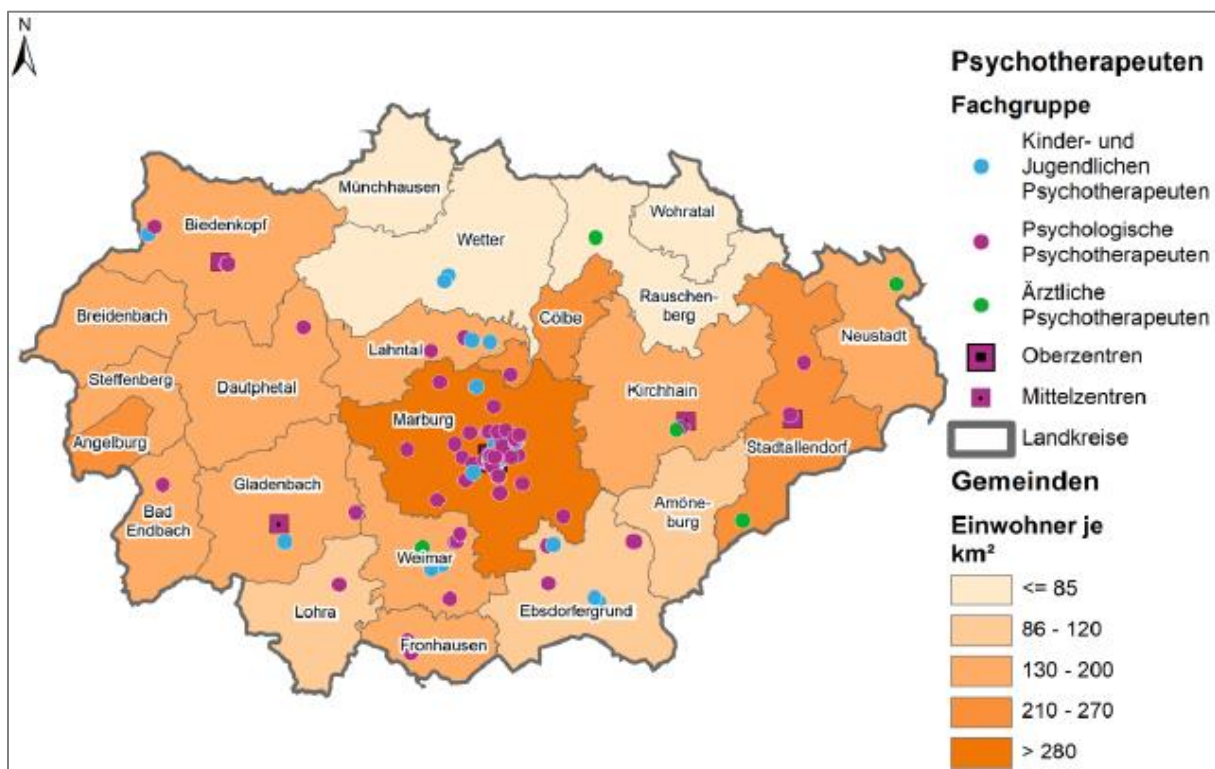


Abbildung 20 Praxisstandorte der Psychotherapeutischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)

Prognose der ‚Allgemein fachärztlichen Versorgung‘

Das Durchschnittsalter der im Landkreis Marburg-Biedenkopf tätigen Facharzt*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 Arzt*innenzahlen in den einzelnen Facharztgruppen können einzelne Personen statistisch einen großen Einfluss haben. Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich Facharzt*innen im Vergleich zu Hausarzt*innen oftmals noch später in einer eigenen Praxis niederlassen.

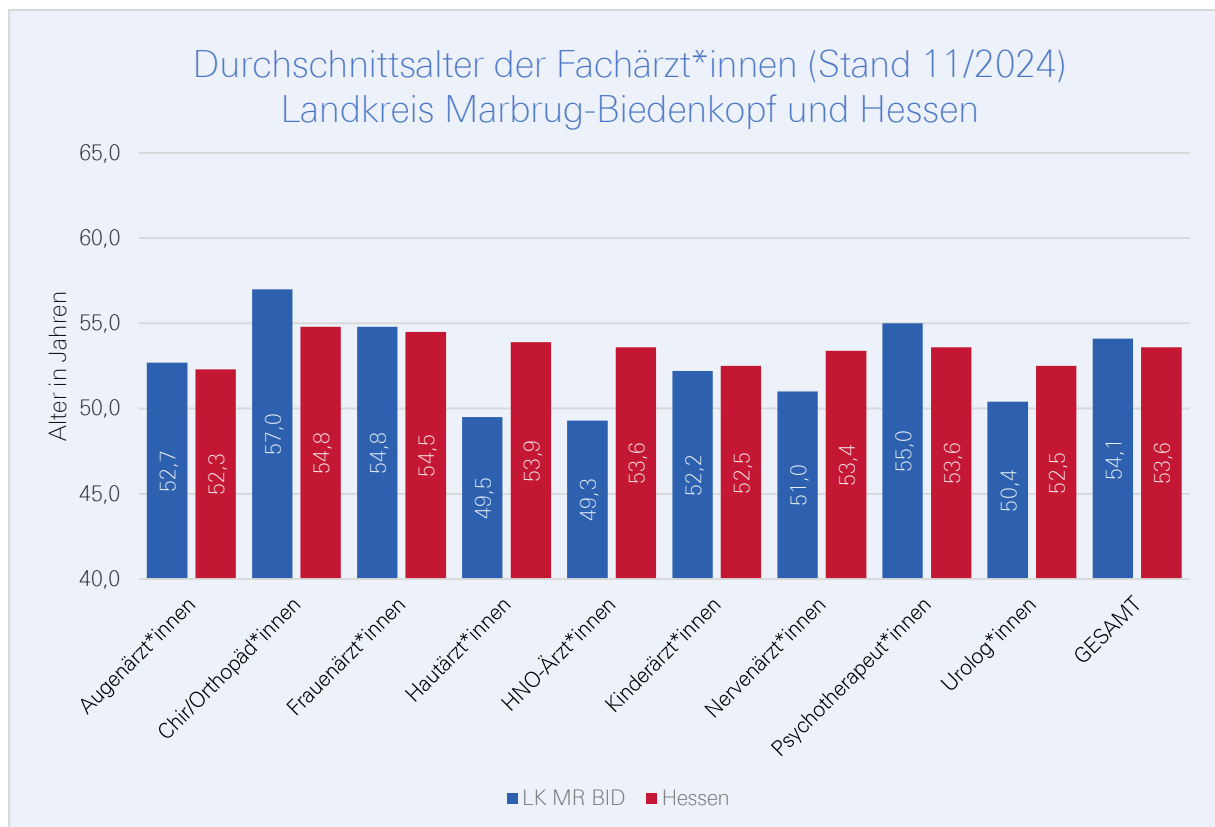


Abbildung 21 Durchschnittsalter der allgemeinen Fachärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2025c)

Den höchsten Nachbesetzungsbedarf innerhalb der nächsten Jahre gibt die KV Hessen innerhalb dieser Versorgungsebene bei der Fachgruppe der Chirurg*innen und Orthopäd*innen an (66,67 % bis zum Jahr 2030 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 2025c).

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 sechs Ärzt*innen im Landkreis ansässig, diese verteilen sich auf drei Praxen in der Stadt Marburg, eine Praxis in Kirchhain sowie eine in Biedenkopf. 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 (KVH 2025d).

Mit Ausnahme eines halben freien Sitzes für Kinder- und Jugendlichen-Psychiater*innen sowie für Radiolog*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 (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzte	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Anästhesist*innen	25	41	30,25	141,96	0,00
Fachinternist*innen	61	159	125,25	168,03	0,00
Kinder-/ Jugend-Psychiater*innen	13	17	12,80	109,96	0,50
Radiolog*innen	8	39	25,00	109,61	0,50
Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025. ¹ gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024					

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 (KVH 2025d).

Tabelle 10 Versorgungs-Kennzahlen der Gesonderten fachärztliche Versorgung in der Planungsregion der KV Hessen (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))

Fachgruppe	Anzahl Praxen	Anzahl Ärzte	Arztsitze	Versorgungsgrad (%) ¹	Freie Sitze
Humangenetiker*innen	11	21	12,25	115,50	0,00
Laborärzt*innen	33	90	70,00	110,71	0,00
Neurochirurg*innen	46	101	64,25	151,60	0,00
Nuklearmediziner*innen	31	81	62,50	109,90	0,50
Patholog*innen	21	84	63,50	110,20	0,00
PRM-Ärzt*innen ²	25	27	22,50	60,81	18,50
Strahlentherapeut*innen	16	71	44,25	110,07	0,00
Transfusionsmediziner*innen	2	9	5,00	112,81	0,00
² Ärzt*innen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin. Stand: Arztstand vom 01.03.2025, Beschluss des Zulassungsausschuss vom 11.02.2025, ¹ gem. Beschluss des Landesausschuss vom 28.11.2024					

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 565 Ärzt*innen bei 416,25 Arztsitzen (Stand 13.03.2025). Hiervon sind 166 Personen als Hausärzt*in, 150 als Fachärzt*in der Allgemein fachärztlichen Versorgungsebene und 249 als Psychotherapeut*in tätig (KVH 2025a). 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 kleinräumiger 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 nachzubetzen 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 2024). 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: Handlungsansatz 1), 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

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 Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für die ambulante ärztliche Versorgung aller Einwohner*innen des Landkreises Marburg-Biedenkopf („Letter of intent“) abgeschlossen. Eine finanzielle Förderung erfolgte durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) (jetzt HMFG: Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege).

Ziel des Modellprojektes war die gemeinsame Entwicklung innovativer und nachhaltiger Lösungsansätze für die Fachkräftesicherung im Bereich der Allgemeinmedizin (niedergelassene Hausärzt*innen), der Pflege und der Hebammen. Dabei sollte darüber hinaus die kommunale Gesundheitsplanung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Beitrag zur Fachkräftesicherung 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 HMFG verstetigt worden.

Vorgehen der Versorgungsplanung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Kleinräumige Analyse und Betrachtung

Bereits bei der Betrachtung des Ist-Zustands der oben erwähnten Modellregion Mittelbereich Biedenkopf im Jahr 2019 konnte festgestellt werden, dass sich die Versorgungslage schon innerhalb eines Mittelbereichs erheblich unterscheiden kann und für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung daher eine kleinräumige Betrachtung notwendig ist. Aus diesem Grund wurde dieses Vorgehen auch im Jahr 2023 und 2024 bei der Versorgungsanalyse in zwei weiteren Mittelbereichen angewandt: Die Mittelbereiche Kirchhain (Wohratal, Rauschenberg, Kirchhain und Amöneburg) und Stadtallendorf (Neustadt und Stadtallendorf). Hierzu wurden zum einen eine Stakeholderanalyse durchgeführt, bei der sämtliche für das Projekt relevanten Akteur*innen in den Kommunen der Mittelbereiche ermittelt und auf ihre Relevanz überprüft wurden. Zum anderen wurden weitere bereits verfügbare Daten bezüglich der medizinisch-gesundheitlichen Infrastruktur sowie der demographischen Entwicklung zusammengetragen (z. B. Einwohnerzahlen, Bevölkerungsstruktur und Daten der KVH zur ambulanten ärztlichen Versorgung). Die vorliegenden Daten wurden anschließend durch leitfadengestützte Interviews ergänzt. Diese wurden mit ambulant tätigen Hausärzt*innen und/oder Internist*innen, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, Hebammen und Bürgermeistern der entsprechenden Gemeinden ergänzt.

Auf diese Weise werden innerhalb eines Mittelbereichs solche Gegenden identifiziert, in denen besonderer Handlungsbedarf besteht. In einem nächsten Schritt werden zu einer nachhaltigen Stärkung der medizinisch-pflegerischen Versorgung kleinräumig Konzepte entwickelt, indem die zentralen Akteur*innen und weitere relevante Instanzen (wie z. B. Ärztenetze oder die KVH) zusammengebracht werden.

Netzwerkarbeit und Austausch

Netzwerkarbeit und Austausch mit den jeweiligen Akteur*innen ist ein wesentlicher Baustein, um die Versorgungslage im ambulanten Bereich kontinuierlich im Blick zu behalten und ggf. entsprechend gegensteuern zu können. Hierbei 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., Hausärzteverband), 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. Auch der Impuls zur Gründung eines Weiterbildungsverbundes Biedenkopf ging von dieser AG aus (s. Seite 42).

AK Netzwerk Geburt

Der AK Netzwerk Geburt besteht seit dem Jahr 2015 im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Es handelt sich um einen Zusammenschluss aus (freiberuflichen) Hebammen, dem Geburtshaus Marburg, der Klinik (UKGM), gynäkologische und pädiatrische 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.

Handlungsansatz 1: Nachwuchs- und Ansiedlungsförderung

Um die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern, soll der Kontakt von Medizinstudierenden mit Akteuren der Gesundheitsversorgung und Kommunen in den o.g. Mittelbereichen gefördert werden. Ziel ist, dass die Studierenden dadurch den ländlichen Raum und die Arbeit in den Praxen kennenlernen können und als späteres Tätigkeitsfeld interessanter wird.

Dazu arbeitet der Landkreis Marburg-Biedenkopf seit 2020 mit der Philipps-Universität Marburg, Institut für Allgemeinmedizin, zusammen und nimmt an der „Landpartie“ teil. Medizinstudierende werden 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 (Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf 2022).

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.“ Demnach werden jährlich 6,5 % der Studienplätze im Bereich Humanmedizin an Studierende vergeben, die sich verpflichten, später für mindestens zehn Jahre als Hausärzt*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 Hausärzt*innen im ländlichen Raum vorzubereiten. Die Universitäten möchten die Praktika in enger Kooperation mit den hessischen Landkreisen

durchführen. Eine Kooperationsmöglichkeit für Landkreise stellt zum Beispiel die Durchführung einer „Woche der Interprofessionalität“ dar. Hierbei erhalten Studierende im fünften Semester eine Woche lang Einblicke in fachverwandte Spezialeinrichtungen im ländlichen Raum, wie z. B. in Praxen für Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Apotheken, Sanitätshäuser, Reha-Sport etc.

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. Weiterbildungsverbünde erleichtern dies, hier können die erforderlichen Ausbildungsabschnitte aus einer Hand in einem abgestimmten Rotationsplan absolviert werden. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf existieren aktuell zwei Weiterbildungsverbünde, einer am Standort Marburg und ein weiterer in Biedenkopf. Der Impuls zur Gründung des Weiterbildungsverbunds 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), auszahlfähig in fünf Jahrestanchen, erhalten. Bei Neugründung (keine Praxisübernahme) kann die Fördersumme auch als Einmalbetrag ausgezahlt werden. Im Falle einer Teilzulassung erfolgt die Förderung anteilig (KVH 2025b).

Weitere Fördermöglichkeiten bietet das Hessische Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) mit der „Richtlinie zur Förderung der gesundheitlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen“. Über den Förderbaustein „Förderung von Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens“ können hier zum Beispiel die Übernahme einer Einzelpraxis oder die Gründung einer Zweipraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder Medizinische Versorgungszentren gefördert werden.

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

Handlungsansatz 2: 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 Hausarzt*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 2022c).

Im Rahmen der Versorgungsanalysen in drei der fünf Mittelbereichen des Landkreises Marburg-Biedenkopf (s. o.) konnte festgestellt werden, dass arztentlastende Delegationskonzepte wie z. B. durch den Einsatz von VERAH oder NÄPa weiter ausgebaut werden sollten. Um dies zu unterstützen, hat der Landkreis Marburg-Biedenkopf eine Förderung der Ausbildung implementiert. So 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).

Ausblick

Aktuell ist das Versorgungsniveau der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf als gut zu bewerten. Um darauf hinzuwirken, dass dieser Stand mittel- und langfristig gehalten werden kann, wird der Landkreis Marburg-Biedenkopf die Situation kontinuierlich weiter beobachten und bewerten und in Kooperation mit weiteren relevanten Akteur*innen und Netzwerkpartner*innen aktiv bleiben.

An dieser Stelle soll auch auf die regelhaft erscheinenden Regional-Dossiers der KV Hessen verwiesen werden, deren Daten zum allergrößten Teil die Basis für diesen hier vorliegenden ersten eigenen Bericht des Landkreises darstellen.

Darüber hinaus wird das Gesundheitsamt künftig in einem Versorgungsplan über den Stand der Versorgungssituation sowie über die Vorgehensweise in der Versorgungsplanung im Landkreis Marburg-Biedenkopf berichten. Die Entwicklungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, der pflegerischen Versorgung und der Hebammenversorgung werden hier zusammen mit entsprechenden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage dargestellt.

Abkürzungsverzeichnis

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

Glossar relevanter Begrifflichkeiten

Begrifflichkeiten der ärztlichen Bedarfsplanung	
Bedarfsplanung, ambulante vertragsärztliche	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.
Bedarfsplan	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 2022).
BPL-RL: Bedarfsplanungs-Richtlinie	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).
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss	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).
KV: Kassenärztliche Vereinigung	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 2025b).
Landesausschuss	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-/Übersorgung. Entscheidet über Öffnung/ Sperrung von Planungsbereichen und über zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen. (SGB V § 90)

Mittelbereich	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.
Planungsbereich	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</i> (G-BA 2023): 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)
ROR: Raumordnungs- region	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.
Sicherstellungs- auftrag	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).
Überversorgung	<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.)
Unterversorgung	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)
Verhältniszahl (VZ)	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)
Versorgungs-ebene	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).
Versorgungsgrad (VG)	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).
Zulassungsausschuss	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 2023).
Niederlassungsformen und ärztliches Praxis-/ Berufsfeld	
Arztnetz/ Praxisnetz	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).
Einzelpraxis	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 2022d).
Gemeinschafts- praxis / BAG: Berufsausübungs- gemeinschaft	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 2022d).
Gesundheits- zentrum	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.
HeLaMed Hessen Land Medizin	„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 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). Darüber hinaus gibt es auch Quoten für den ÖGD.
MVZ: Medizinisches Versorgungs- zentrum	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. 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.
NäPa Nicht-ärztliche Praxisassis-tent*in	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 2022c).
Praxisgemein-schaft	Ressourcenteilung (gemeinsame Nutzung der Praxisräume, medizinischer Geräte, des Fachpersonals) mehrerer „Einzelpraxen“ von Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen, jedoch getrennter Patientenstamm, getrennte Abrechnung (KBV 2022d).
Teilzulassung	„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.
VERAH Versorgungsassisten t*in in der Hausarztpraxis	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)
Weiterbildungs- verbund	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.
Zweigpraxis/ Filialpraxis	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.
Weitere Begrifflichkeiten	
Morbidität	„Krankheitslast“ bzw. „Krankheitshäufigkeit“. Im engeren Sinne statistische Größe für Prävalenz und Inzidenz (Verhältnis der aktuell erkrankten bzw. der neu erkrankten Personen zur gesamten Bevölkerung).
Multimorbidität	Vorliegen mehrerer Erkrankungen gleichzeitig.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Hauptakteur*innen der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsplanung (Eigene Darstellung).....	10
Abbildung 2 Versorgungsebenen mit Planungsbereichen und Arztgruppen (Eigene Darstellung 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 2022).....	18
Abbildung 6 Prognose der Veränderung der Altersstruktur im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: HSL 2023)	21
Abbildung 7 Arztdichte bezogen auf alle Ärzt*innen einschließlich Psychotherapeut*innen (Quelle: KBV 2023 (Abruf: 12.03.2025))	23
Abbildung 8 Praxisstandorte der Hausärztlichen Versorgungsebene (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	24
Abbildung 9 Entwicklung der Versorgungsgrade (hausärztliche Versorgung) von 2015 bis 2024 im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2025c)	25
Abbildung 10 Prozentuale Altersstruktur der Hausärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in Hessen (Eigene Darstellung, Quelle: KVH 2025c)	26
Abbildung 11 Praxisstandorte der Kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	28
Abbildung 12 Praxisstandorte der Allgemein Fachärztlichen Versorgungsebene – alle Fachgruppen (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	29
Abbildung 13 Praxisstandorte der Augenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	31
Abbildung 14 Praxisstandorte der Chirurgisch/Orthopädischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)	31
Abbildung 15 Praxisstandorte der Frauenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	32
Abbildung 16 Praxisstandorte der Hautärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	32
Abbildung 17 Praxisstandorte der Hals-Nasen-Ohrenärztlichen (HNO) Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH)	33
Abbildung 18 Praxisstandorte der Nervenärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	33
Abbildung 19 Praxisstandorte der Urologischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; Abb. mit freundlicher Genehmigung der KVH).....	34
Abbildung 20 Praxisstandorte der Psychotherapeutischen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025c; 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 2025c)	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Versorgungsanteile von MVZ an der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2022).....	19
Tabelle 2 Versorgungsanteile von MVZ an der allgemein fachärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf und im Vergleich zu Hessen (Quelle: KVH 2022)	19
Tabelle 3 Indikatoren der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Marburg-Biedenkopf im Vergleich zu Hessen (Quelle: KBV 2023 (Abruf 12.03.2025))	22
Tabelle 4 Versorgungs-Kennzahlen der Hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen des Landkreises Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))	25
Tabelle 5 Versorgungs-Kennzahlen der kinderärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))	27
Tabelle 6 Versorgungs-Kennzahlen der Allgemein Fachärztlichen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.01.2025))	28
Tabelle 7 Verteilung der Ärzt*innensitze (Allgemein fachärztliche Versorgung) nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (ohne ermächtigte Ärzt*innen und Übernahmepraxen) (Quelle: KVH 2025c)	30
Tabelle 8 Versorgungs-Kennzahlen der Psychotherapeutischen Versorgung im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025))	34
Tabelle 9 Versorgungs-Kennzahlen der Spezialisierten fachärztliche Versorgung in der Raumordnungsregion Mittelhessen (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025)).....	37
Tabelle 10 Versorgungs-Kennzahlen der Gesonderten fachärztliche Versorgung in der Planungsregion der KV Hessen (Quelle: KVH 2025a (Abruf: 13.03.2025)).....	37

Quellen

Ärzte-ZV. 2025. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 40) geändert worden ist. Abgerufen in <https://www.gesetze-im-internet.de/zo-rzte/BJNR005720957.html> (zuletzt abgerufen am 28.02.2025).

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

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

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

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

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

Destatis. 2024. Konjunkturindikatoren im Studienfach Medizin. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#> (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

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. (HessenLandMedizin) 2023. <https://helamed.de/> (zuletzt abgerufen am 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). 2023. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Hessen bis 2070. Kennziffer: A I 8 – Basis 2021

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 am 26.04.2023).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2020. Die Bedarfsplanung – Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. 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 abgerufen am 11.01.2023)

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

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

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). 2023. Gesundheitsdaten: Medizinische Versorgung; Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>; (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

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

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

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2025a. Website: Daten zur ambulanten Versorgung in Hessen. <https://www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen/> (zuletzt abgerufen am 28.02.2025).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2025b. Ansiedlung: Niederlassen leicht gemacht. <https://www.kvhessen.de/foerderung/ansiedlungsfoerderung> (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2025c. Fokus Gesundheit. Ambulante medizinische Versorgung: Landkreis Marburg-Biedenkopf; Q4_2024 [Fokus Gesundheit Landkreis Marburg-Biedenkopf.pdf](https://www.kvhessen.de/foerderung/ansiedlungsfoerderung) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

KVH (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). 2025d. Arzt- und Psychotherapeutensuche Hessen <https://www.arzttsuche.hessen.de/> (zuletzt abgerufen am 21.03.2025)

Kreisausschuss Marburg-Biedenkopf. 2022. Förderrichtlinie „Medizinische Versorgung im ländlichen Raum“ [Foerderrichtlinie Medizinische Versorgung.pdf](https://www.kvhessen.de/foerderung/ansiedlungsfoerderung).

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. 2025. Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158864/umfrage/anzahl-der-im-ambulanten-bereich-angestellten-aerzte-seit-1995/> (zuletzt abgerufen am 12.03.2025)

Stiftung Gesundheit. 2022. <https://www.stiftung-gesundheit.de/strukturverzeichnis/versorgungslandschaft/> (zuletzt abgerufen am 12.03.2025)

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). 2024. Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland. https://www.vdek.com/presse/daten/jcr_content/par/download_478147828/file.res/vdek_basisdaten_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 28.02.2025).

Wikipedia 2022. Arztnetz. <https://de.wikipedia.org/wiki/Arztnetz> (zuletzt abgerufen am 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 (zuletzt abgerufen am 22.07.2022)

ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland). 2024. Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2023. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. Dezember 2024, 14. Jahrgang. Berlin. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Jahresbericht_2023_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 12.03.2025)

