

Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung

Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung

OptiMedis

BertelsmannStiftung

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
März 2026

Herausgeber
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk
Director

Autorinnen und Autoren
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
Dr. med. Monika Schliffke
Dipl.-Oec. Steven Renner
PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm
Pascal Wendel

Lektorat
Paul Kaltefleiter, Britta Horwege

Zitationshinweis
Hildebrandt, H., Schliffke, M., Renner, S., Sturm, H., & Wendel, P. (2026). Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung: Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung.

Layout
Markus Diekmann

Bildnachweise
© ASDF - stock.adobe.com (Seite 1)
© Besim Mazhiqi (Seite 8)
© OptiMedis AG (Seite 60)

DOI 10.11586/2026026

ID_2971

Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung

Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung

Autorinnen und Autoren

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Dr. med. Monika Schliffke, Dipl.-Oec. Steven Renner, PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, Pascal Wendel (alle OptiMedis AG)

In Zusammenarbeit mit

Dr. Jan Böcken (Bertelsmann Stiftung), Dr. Christian Schilcher (Bertelsmann Stiftung), Prof. Dr. med. Wolfgang von Meißner (Hausärzte am Spritzenhaus, Baiersbronn), Dr. med. Volker Eissing (MVZ Birkenallee, Papenburg)

BertelsmannStiftung

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 6

Abkürzungsverzeichnis 7

Vorwort 8

Executive Summary 9

Einleitung 13

1. Arztvorbehalt, Delegation und Praxisassistenzberufe in Hausarztpraxen 15

1.1. Arztvorbehalt in Deutschland / Delegationsvereinbarungen 15
1.2. Weitergebildete Praxisassistenzberufe in ärztlichen Praxen 17

1.2.1. Nichtärztliche Praxisassistenz und ähnliche Weiterqualifizierungen 17
1.2.2. Physician Assistants und analoge Studiengänge 18

2. Vergleich hausärztlicher Praxen mit weitergebildeten Praxisassistenzberufen gegenüber Standardpraxen 19

2.1. Beschreibung der für den Vergleich betrachteten Praxen 19

2.1.1. Innovationspraxis 1: MVZ Birkenallee (Papenburg) 19
2.1.2. Innovationspraxis 2: Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn) 20
2.1.3. Vergleichsstandorte (Standard-MVZ) 21

2.2. Inputgrößen: Patientenzahlen pro Arzt, Chronikeranteil 22

2.3. Entlastungsrechnung durch Delegation auf Basis der Daten des MVZ Birkenallee (Papenburg) 23

2.3.1. Erste Abschätzung der Entlastung durch PAs/NäPAs auf Basis der Versorgungslast 23
2.3.2. Leistungsprofil des MVZ Birkenallee und delegierbare Leistungen 23
2.3.3. Gesamtärztliche Entlastung auf Basis delegierbarer EBM-Leistungen 25
2.3.4. Delegationsfähige Tätigkeiten (praxisinterne Zusatzdatenerhebung) 25
2.3.5. Zusammenfassende Bewertung der Outputanalyse der Innovationspraxis 1 27

2.4. Entlastungsrechnung auf Basis der Daten der Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn) 28

2.4.1. Patienten- und Chronikerprofil 28
2.4.2. Delegationsmodell 28
2.4.3. Digitale Unterstützung (automedic-App und KI-Dokumentation) 29
2.4.4. Leistungsprofil der Praxis (EBM- und HzV-basiert) 29
2.4.5. Abgeleitete Entlastung durch Delegation 29
2.4.6. Zusammenfassung 30

2.5. Vergleich des Leistungsprofils der beiden Innovationspraxen 30
2.6. Vergleich der Innovationspraxen mit drei Standardpraxen 31
2.7. Übertragbarkeit der Ergebnisse 34
2.8. Weitere Pilotlösungen und Projekte mit Delegationserfahrungen 35
2.8.1. LillianCare 35
2.8.2. KVWL und das Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich“ 36

3. Was wäre, wenn ...? Simulation der Delegationseffekte auf die aktuelle hausärztliche Versorgung 38

3.1. Berechnung des erwarteten deutschlandweiten Mehrbedarfs an Hausärzten 38
3.2. Zwischenergebnis: Wie durch den Einsatz von Delegationskräften der errechnete Mehrbedarf an Hausärzten gedeckt werden kann 41
3.3. Plausibilitätsabschätzung: Einsatz von Delegationskräften in kooperativen Strukturen 42
3.4. Zusammenfassung der Simulationsrechnung 43

4. Diskussion und Limitationen der Prognose 44

4.1. Rechtliche Sicherheit und Haftungsfragen 44
4.2. Sicherheit bzgl. der Refinanzierung von PAs/NäPAs 45
4.3. Unterschiede bzgl. der Ausbildungsinhalte und der praktischen Kenntnisse von PAs/NäPAs 47
4.4. Annahme der Ablehnung durch die Patienten 47
4.5. Annahme eines Qualitätsverlustes gegenüber der ärztlich durchgeführten Betreuung 47
4.6. Diskussion der Limitationen bzgl. der Prognose und der Annahmen zu den Umsetzungsmöglichkeiten 49

5. Schlussfolgerungen und Ausblick 51

6. Literatur & Quellenverzeichnis 55

7. Projektteam OptiMedis 60

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1	Personalmix der Praxistypen (ohne MFAs), Stand Q1/2025	21
TABELLE 1	Patientenzahlen und Patienten pro Arzt (Q1/2025)	22
TABELLE 2	Chroniker und Chronikeranteil (nicht bereinigte Werte)	23
TABELLE 3	Leistungsbereiche, Delegationsanteile und ersparte Arztzeiten	25
TABELLE 4	Exemplarische Darstellung weiterer delegationsfähiger Leistungsgruppen	26
TABELLE 5	Delegationsanteile in zentralen Leistungsbereichen – Vergleich der Praxistypen	32
TABELLE 6	Gemittelte Entlastungseffekte beider Innovationspraxen	33
TABELLE 7	Einschreibequoten in Disease-Management-Programme weisen auf ungenutzte Potenziale von Versorgungsoptimierung hin	35
ABBILDUNG 2	Projizierte Anzahl von Bedarf und Angebot an hausärztlichen Vollzeitäquivalenten und hausärztlich tätigen Personen	39
TABELLE 8	Mehrbedarf an Hausarzt-Vollzeitäquivalenten über die nächsten Jahre für eine „gelungene Vollversorgung“	39
TABELLE 9	Kalkulatorischer Bedarf an PAs/NäPAs (zur vollständigen Deckung des Mehrbedarfs an Hausärzten über die nächsten Jahre)	40
TABELLE 10	Potenzial an an PAs/NäPAs i. V. m. Ausbildungskapazität und Beschäftigung in hausärztlichen Praxen	40
TABELLE 11	Potenzial an PAs/NäPAs im Verhältnis zum kalkulatorischen Bedarf	41
TABELLE 12	Prognose der möglichen Ausweitung hausärztlicher Kapazität durch Delegation	42
TABELLE 13	Plausibilisierung / Kalkulation zum Einsatz von Delegationskräften in kooperativen Strukturen	43

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AGnES	Arztentlastende Gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
B. Sc.	Bachelor of Science
CHN	Community Health Nurse
CRP	C-reaktives Protein
DHPA	Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiogramm
EVA	Entlastende Versorgungsassistenz / Entlastende/-r Versorgungsassistent/-in
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-S	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungsposition
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HÄPPI	Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell
HÄV	Hausärztinnen- und Hausärzteverband
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MBO	Musterberufsordnung
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r
M. Sc.	Master of Science
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistenz / Nichtärztliche/-r Praxisassistent/-in
NP	Nurse Practitioner
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PA	Physician Assistant
PCM	Primary Care Management
PCN	Primary Care Nurse
PKV	Private Krankenversicherung
PREM	Patient-Reported Experience Measure
PROM	Patient-Reported Outcomes Measure
PVS	Praxisverwaltungssystem
Q1	Erstes Quartal
RKI	Robert Koch-Institut
RR	Riva-Rocci, umgangssprachlich Blutdruck
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SVR	Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege
VAC	Vacuum-assisted Closure
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
VERAH	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis / Versorgungsassistent/-in in der Hausarztpraxis
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Vorwort

Es gibt sie: die Innovatorinnen und Innovatoren, die Macherinnen und Macher, die Verantwortung übernehmen – nicht abstrakt, sondern ganz konkret vor Ort. Sie reagieren nicht mit Resignation auf Versorgungsengpässe oder systemische Widerstände, sondern verändern Versorgung, indem sie in ihrer täglichen Praxis neue Lösungen entwickeln und umsetzen.

Mit Blick auf ebendiese Akteure haben die Bertelsmann Stiftung und ihre 100%ige Tochter BSt Gesundheit gGmbH den Health Transformation Hub (HTH) ins Leben gerufen. Dieser ist ein Ort für alle Akteure, die Verantwortung übernehmen und die Gesundheitsversorgung mutig weiterentwickeln. Mit ihnen wollen wir arbeiten, von ihnen wollen wir lernen.

Diese Studie hat ihren Ausgangspunkt in einem intensiven Austausch mit einem Hausarzt, der sich mit großer Tatkraft und persönlichem Engagement der Versorgung der Menschen in Papenburg verschrieben hat. Sein Ansatz ist klar: teamorientierte Versorgung statt Arztzentrierung. Dazu gehören die gezielte Förderung und Akademisierung der in seiner Praxis tätigen Gesundheitsberufe, die systematische Delegation von Aufgaben sowie eine weitgehende Übertragung von Verantwortung dort, wo dies fachlich sinnvoll und praktisch möglich ist. In seiner Hausarztpraxis zeigt sich: Dieser Ansatz funktioniert.

Beeindruckt von dieser Praxis haben wir uns gefragt: Was wäre, wenn dieses Prinzip nicht die Ausnahme wäre, sondern konsequenter und breiter in Deutschland umgesetzt würde? Welche Potenziale liegen in einer systematischen Aufgabenübertragung für die flächendeckende Sicherung der hausärztlichen Grundversorgung? Aus diesen Fragen entstand das Konzept dieser Studie, das – umgesetzt durch OptiMedis – zu den hier vorliegenden Ergebnissen geführt hat.

Dr. Brigitte Mohn
Vorstandsvorsitzende
Bertelsmann Stiftung

Die zentralen Befunde dieser Studie sind eindeutig und zugleich mutmachend, denn die Potenziale sind enorm. Die Analyse zeigt, dass wir uns um einen zukünftigen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten wenig sorgen müssten, wenn wir die bisherige Art der Aufgabenverteilung in den Hausarztpraxen modernisieren würden. Durch eine konsequentere Nutzung der Potenziale gut qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe könnte der notwendige Einsatz ärztlicher Arbeitszeit in der Versorgung spürbar verringert und zugleich eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden.

Wir verstehen diese Studie ausdrücklich als Debattenbeitrag. Sie zeigt einen realistischen, umsetzbaren Lösungsweg auf, der wegweisend sein kann: weniger Arztzentrierung, mehr Teamorientierung und eine klare Aufwertung der Gesundheitsfachberufe. Das geht, ist effizient und kann zeitnah umgesetzt werden. Wir sollten diesen Weg deshalb entschlossen verfolgen, bevor sich Versorgungsengpässe weiter verschärfen.

Wir danken OptiMedis für die engagierte und konstruktive Zusammenarbeit. Unser besonderer Dank gilt den Ärzten Dr. Volker Eissing und Prof. Dr. Wolfgang von Meißner, deren Praxiserfahrungen diese Studie maßgeblich getragen haben.



Executive Summary

Die hausärztliche Versorgung ist in vielen Regionen Deutschlands bereits heute gefährdet. Demografische Entwicklungen, veränderte Arbeitszeitpräferenzen von Hausärztinnen und -ärzten sowie steigende und komplexer werdende Anforderungen der Patientinnen und Patienten verschärfen die Situation weiter. Viele Menschen befürchten Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung.

Der häufig geäußerte Ruf nach mehr Studienplätzen für Medizinerinnen und Mediziner greift jedoch zu kurz: Selbst bei sofortiger Ausweitung stehen zusätzliche hausärztliche Kapazitäten frühestens in zwölf bis 15 Jahren zur Verfügung. Diese Studie untersucht daher, in welchem Umfang eine stärkere Arbeitsteilung in Hausarztpraxen kurzfristig und gleichzeitig nachhaltig zur Sicherung der Versorgung beitragen kann. **Im Fokus steht die Frage: Kann durch den gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistenzberufe[1] hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit mehr deutschlandweite Versorgungssicherheit erreicht werden?**

In der **Einleitung** gehen die Autoren auf neue Studien und Prognosen ein, die vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung zur hausärztlichen Versorgungssituation entwickelt und durch Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung unterstützt wurden. Erstmals konnte damit sowohl die Bedarfssituation der Bevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung als auch das hausärztliche Versorgungsangebot – einschließlich der zu erwartenden Veränderungen bei Arbeitszeiten, Teilzeitquoten etc. – auf Basis von Vollzeitäquivalenten abgeschätzt und in Prognosen überführt werden. Die vorliegende Ausarbeitung folgt dem Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung, das für Deutschland einen zusätzlichen Bedarf von 3.218 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 ausweist. Ergänzend wird auf die derzeit rund 5.000 unbesetzten Arztsitze hingewiesen, was einer Versorgungsabdeckung von unter 110 % gemäß Bedarfsplanung entspricht.

Das **erste Kapitel** greift das Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit & Pflege zu den Fachkräften im Gesundheitswesen auf und widmet sich den Praxisassistenzberufen in hausärztlichen Praxen. Im Fokus stehen insbesondere jene Berufsgruppen, die sich aus den Medizinischen Fachangestellten durch Weiterbildungen – exemplarisch die Qualifikation der Nichtärztlichen Praxisassistenz – sowie durch grundständige Bachelor- und Masterstudiengänge, etwa im Bereich der Physician Assistants, entwickelt haben. Das Kapitel beschreibt die Voraussetzungen für eine Delegation ärztlicher Leistungen an diese Berufsgruppen und stellt die jeweiligen Ausbildungswege dar.

Das **zweite Kapitel** vergleicht zwei größere, ärztlich getragene Hausarztpraxen, die Praxisassistenzberufe bereits in umfangreichem Maße für die Delegation einsetzen (im Folgenden „Innovationspraxen“), mit drei kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen“). Die Innovationspraxen weisen deutlich höhere Fallzahlen pro Ärztin/Arzt auf als der bundesweite Durchschnitt. Die Standardpraxen greifen bislang nur in geringem Umfang auf Praxisassistenzberufe zur Delegation zurück, übertreffen den bundesweiten Durchschnitt der Fallzahlen pro Arzt jedoch dennoch um 18 %. Die Praxen werden eingehend analysiert; dargestellt werden Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung sowie die daraus resultierende Entlastung.

Bei dem Vergleich zeigt sich, dass die erhöhte Delegationsintensität der beiden Innovationspraxen sich sowohl **quantitativ** durch eine höhere Zahl behandelter Patientinnen und Patienten pro Arzt als auch **qualitativ** durch eine erweiterte Versorgungstiefe in Form intern erbrachter Leistungen, wie z. B. Diagnostik, Wundversorgung oder geriatrischer Assessments, ausweist.

1 Im Bericht wird zur Vereinfachung teilweise der Begriff „weitergebildete Praxisassistenzberufe“ verwendet. Er umfasst auch grundständig akademisierte Praxisassistenzberufe.

Beide Praxen unterscheiden sich dabei hinsichtlich des konkreten Einsatzes. Die detaillierte Analyse kommt aber für beide zu einem ungefähr gleichen Berechnungsergebnis: Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenz und ähnliche weitergebildete Praxisassistenzberufe können schon heute innerhalb der geltenden Delegationsvereinbarungen unter Supervision im Schnitt **65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärztinnen und -ärzten** ersetzen. Dies lässt sich durch die Konzentration der Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernaufgaben und eine breite Delegation gewährleisten. Anders ausgedrückt: Hausärztinnen und -ärzte können damit rechnerisch ihr Versorgungsvolumen durch den Einsatz von Delegationskräften um bis zu 200 % steigern.

Als delegierbare Leistungsbereiche erweisen sich insbesondere leicht standardisierbare, routinenahe Tätigkeiten, z. B.

- technische Diagnostik (Elektrokardiogramm, Langzeitparameter, Spirometrie),
- geriatrische Assessments und Chronikerkontrollen,
- DMP-Dokumentation und verlaufsorientierte Untersuchungen,
- Hausbesuche und aufsuchende Versorgung sowie
- administrative Tätigkeiten wie Dokumentation und Koordination.

Ein Blick auf die Erfahrungen einer MVZ-Trägergesellschaft mit der Ausstattung ihrer Arztpraxen im Verhältnis von einem Physician Assistant pro Ärztin/Arzt zeigt, dass auch in anderen Praxen mit Delegationsmodellen gearbeitet wird. Der Verweis auf das Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe – „Physician Assistants im ambulanten Bereich“ – macht zugleich die Herausforderungen deutlich, die mit einer Transformation der Arbeitsweise verbunden sind.

Das **dritte Kapitel** nutzt die aus der Analyse der Innovationspraxen ermittelte Delegationsquote von 65 %, um die darauf basierend möglichen Effekte zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu simulieren. Grundlage der Simulation ist das Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung, das für das Jahr 2030 einen zusätzlichen Bedarf von gut 3.200 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten prognostiziert. Ergänzend wird in der Simulation ein höherer Bedarf von insgesamt rund 8.200 Vollzeitäquivalenten als Maßstab für eine angestrebte Vollversorgung zugrunde gelegt. Dieser Wert leitet sich aus der Addition des Mehrbedarfs der Simulation des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung und der derzeit rund 5.000 unbesetzten Arztsitze ab, auch wenn Letztere vor allem Ausdruck regionaler Ungleichverteilungen sind.

Im Ergebnis zeigt die **Simulationsrechnung**, dass durch die Delegation bislang hausärztlich erbrachter Leistungen an Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenz bis zum Jahr 2030 sowohl der vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung errechnete zusätzliche Bedarf an Hausärztinnen und -ärzten als auch der Bedarf durch die heute rund 5.000 unbesetzten Arztstellen abgedeckt und sogar übertroffen werden kann. Rechnerisch stehen hierfür die bereits vorhandenen sowie die sich derzeit in Ausbildung befindlichen potenziellen Mitarbeitenden grundsätzlich zur Verfügung. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach diesen Ausbildungsgängen sowohl bei Medizinischen Fachangestellten als auch bei Schulabgängerinnen und -gängern. Diese überschießende Deckung des Bedarfs besteht selbst unter restriktiven Annahmen fort – etwa bei überwiegender Teilzeittätigkeit, einer späteren Beschäftigung in Hausarztpraxen von lediglich 25 % sowie unter Berücksichtigung der notwendigen Zeit für die Einführung neuer Arbeitsorganisationen in den Praxen. Entsprechend wurde in der Simulation von einem langsam ansteigenden Umsetzungsgrad ausgegangen, der von 15 % im Jahr 2026 auf 70 % im Jahr 2030 anwächst.

Aufgrund der Hypothese, dass der Einsatz von Delegationskräften eher in größeren Praxen sinnvoll und auch kurzfristig möglich ist, wurde in einer Plausibilitätsabschätzung zusätzlich gerechnet, auf wie viele Hausärztinnen und -ärzte in kooperativen Strukturen jeweils eine Delegationskraft eingestellt werden müsste, um die oben beschriebene Vollversorgungslösung zu erreichen. Die Modellierung kommt zu dem Ergebnis, dass auch im Jahr 2030 nur eine Delegationskraft auf 1,7 hausärztliche Vollzeitäquivalente eingestellt werden müsste.

Zentrale Ergebnisse der Simulationsrechnung

1. Der verstärkte Einsatz weitergebildeter Praxisassistenzberufe in der hausärztlichen Versorgung ist möglich und sinnvoll. Aufgrund wachsender Ausbildungskapazitäten und einer hohen Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt ist mittelfristig von ausreichend qualifizierten Fachkräften auszugehen. Im Vergleich zur zeitaufwendigen Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten können sie bereits kurz- bis mittelfristig zur Ausweitung und nachhaltigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung beitragen.

2. Bis zum Jahr 2030 kann durch den verstärkten Einsatz delegierter Tätigkeiten an weitergebildete bzw. akademisch qualifizierte Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenz Arbeitszeit im Umfang von 8.818 vollzeitbeschäftigten Hausärztinnen und -ärzten freigesetzt werden. Diese Kapazitäten könnten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in prognostizierten Mangel- und Unterversorgungsregionen genutzt werden. Rechnerisch ist damit bundesweit eine Vollversorgung möglich.

3. Für die Beschäftigung weitergebildeter Praxisassistenzberufe eignen sich insbesondere Gruppenpraxen und vergleichbare kooperative Strukturen sowie die derzeit politisch diskutierten Primärversorgungszentren. Dadurch könnten sie ihr Patientenvolumen erweitern, auf bestehende Aufnahmestopps verzichten oder über Filialpraxen zusätzliche Standorte in Mangel- und Unterversorgungsregionen eröffnen.

Im **vierten Kapitel** werden die Limitationen und Einschränkungen der Ergebnisse diskutiert. Als zentrale Herausforderungen wurden dabei die Sorge um die rechtliche Sicherheit der Delegation, Fragen der Refinanzierung, mangelnde Kenntnisse über Ausbildungsinhalte und Kompetenzen der Delegationskräfte sowie die Befürchtung eines Qualitätsverlustes identifiziert und jeweils vertieft analysiert. Im Ergebnis zeigt sich, dass für alle diese Herausforderungen bereits umfangreiche Argumentationen und Erfahrungen vorliegen und u. a. in dem HÄPPI-Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands auch bereits umgesetzt werden. In der Würdigung aller Argumente kann davon ausgegangen werden, dass einem breitflächigen Einsatz von Physician Assistants bzw. Nichtärztlicher Praxisassistenz in den oben beschriebenen Delegationsfeldern keine unüberwindbaren Hindernisse entgegenstehen. Abschließend diskutieren die Autorinnen und Autoren die Limitationen hinsichtlich der Prognose und der Umsetzungsmöglichkeiten.

Im Kapitel **Schlussfolgerungen und Ausblick** wird als Zielbild ein **erweitertes Primärversorgungssystem** beschrieben, in dem sich die hausärztliche Arbeitszeit vorrangig auf medizinische Kernleistungen, Teamkoordination sowie Planungs-, Aufsichts- und Ergebnisverantwortung konzentriert. Die Versorgungsaufgaben werden dabei unter ärztlicher Verantwortung und auf Grundlage bestehender Delegationsvereinbarungen arbeitsteilig im Team erbracht – entsprechend der jeweiligen Qualifikation und den individuellen Vereinbarungen zwischen Arzt und weitergebildeten oder akademisch qualifizierten Praxisassistenzkräften. Digitale Tools unterstützen und übernehmen Aufgaben wie Dokumentation, Patientensteuerung, Qualitätssicherung sowie die Automatisierung externer Anfragen. Qualifiziertes Fachpersonal nutzt Telemedizinsprechstunden mit Fach- und Klinikärztinnen und -ärzten, um unnötige Patientenwege zu vermeiden sowie Diagnosesicherheit und Behandlungsqualität zu verbessern. Ergänzend wird die Patientenperspektive durch Patient-Reported Experience Measures und Patient-Reported Outcome Measures systematisch eingebunden, um Therapieeffekte zu erfassen und Behandlungsergebnisse gezielt weiterzuentwickeln.

Dem Gesetzgeber, den Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen werden **begleitende Maßnahmen empfohlen**, um die volle Wirkung der Delegation zu ermöglichen. Dazu zählt u. a. die bevorzugte Berücksichtigung von Teamversorgungspraxen mit weiterqualifizierten bzw. akademisch ausgebildeten Praxisassistenzberufen bei der Vergabe von Hausarztsitzen. Darüber hinaus sollten die Vergütungsstrukturen konsequent auf die Teamleistung ausgerichtet werden (Praxis-Patienten-Modell) und mit praxis- sowie sektorübergreifenden Anreizen verknüpft werden. Ziel ist eine gezielte Versorgung alters- und einschränkungsbedingter sowie sozioökonomisch komplexer Bedarfe ebenso wie die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung. Auf diese Weise können eine regionale Vernetzung und ein Gesundheitssystem entstehen, die sich nicht allein auf Versorgung beschränken, sondern den Erhalt und die gezielte Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung

in den Mittelpunkt stellen. Ergänzend wird empfohlen, dass der Gesetzgeber mit der Bundesärztekammer zusammen eine höhere Rechts- und Haftungssicherheit für die erleichterte Nutzung der telemedizinischen Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten sowie von digitalen Patientenunterstützungssystemen schafft, damit Ärztinnen und Ärzte als Supervisierende zwar verantwortlich haften, aber nicht am gleichen Ort sein müssen, sondern über digitale Lösungen verbunden sein können.

Ein Blick auf die Nachfrageseite, die wachsende Morbiditätslast und die überdurchschnittlich hohe Zahl von Arztkontakten pro Einwohner in Deutschland sowie die Möglichkeiten der Minimierung schließt das Kapitel. Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen zählen u. a. eine stärkere Ausrichtung an Public-Health-Ansätzen sowie die Reduzierung von Präsenzterminen oder zumindest die Ermöglichung von Praxis-Patient-Kontakten anstelle klassischer Arzt-Patient-Kontakte.

Unter Bezugnahme auf die Erfahrungen des Modellprojekts der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zum Einsatz von Physician Assistants schlagen die Autorinnen und Autoren vor, einen Leitfaden sowie ein Organisations- und Ablaufmodell zum Einsatz von Physician Assistants und Nichtärztlicher Praxisassistenz in der Praxis zu erarbeiten und spezifische Fortbildungsangebote zu entwickeln. Die Landesregierungen bzw. die kommunalen Verwaltungen werden ermutigt, direkt mit Praxen in den Kontakt zu gehen, um die Erweiterung von deren Versorgungskapazität durch den Einsatz von Delegationskräften anzuregen und zu begleiten. Ziel sollte dabei jeweils sein, die Gesundheit der regionalen Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Mit einem Aufgreifen dieser Empfehlungen und einer entsprechenden Nutzung weitergebildeter bzw. akademisch qualifizierter Praxisassistenzberufe werden wir in der Lage sein, die hausärztliche Versorgung in Deutschland bis 2030 auch in den Regionen zu sichern, die sich heute Sorgen machen um Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung. Damit kann erfolgreich dem Eindruck einer fortschreitenden – teils bereits bestehenden, teils drohenden – Unterversorgung sowie dem Vorwurf eines Versagens bei der Sicherstellung einer verlässlichen Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden.

Einleitung

Die regional sehr unterschiedliche Verteilung hausärztlicher Arbeitszeit für die Behandlung gesetzlich Versicherter ist bereits heute eine zentrale Herausforderung der ambulanten Versorgung. Obwohl sich 2024 statistisch die Gesamtkopfzahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner um 0,8 % und die der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten um 1,9 % steigerte[2], sind deutschlandweit bedarfsplanerisch von ca. 60.000 Zulassungsoptionen für Hausärztinnen und -ärzte aktuell ca. 5.000 unbesetzt. Betroffen sind vorwiegend ländliche Regionen, zunehmend aber auch einzelne Stadtteile in Großstädten. Darüber hinaus können diese vier Faktoren die Situation weiter verschärfen:

- 24 % aller Hausärztinnen und -ärzte wollen ihre hausärztliche Tätigkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre beenden.[3]
- Heute in Vollzeit tätige selbstständige Hausärztinnen und -ärzte ohne Ruhestandspläne wünschen sich, ihre laut Eigenangaben wöchentliche Arbeitszeit von aktuell 47 Stunden[4] um gut zweieinhalb Stunden zu verringern.[5]
- Nur vier von zehn jungen Ärztinnen und Ärzten wollen künftig Vollzeit arbeiten.[6]
- Gleichzeitig erhöht sich der hausärztliche Versorgungsbedarf aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung und der damit einhergehenden Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität bis zum Jahr 2040 um 3 %.[7]

Gegenüber einer rein zulassungsorientierten Diskussion um besetzte Praxissitze tritt mit dieser Entwicklung die Frage nach der Summe der zur Verfügung stehenden hausärztlichen Arbeitszeit in den Vordergrund. Derzeit ist von 51.407 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) auszugehen, die bei bundesweiter Gleichverteilung formal einem Versorgungsgrad von 101 % gemäß aktueller Bedarfsplanung entsprechen. Allerdings gibt es regionale Ballungen und in meist primär ländlichen Regionen 5.000 nicht besetzte Arztsitze, wodurch eine Versorgungsabdeckung von unter 110 % laut Bedarfsplanung vorliegt.[8] Diese Arbeitszeitsumme wird sich in den nächsten Jahren weiter reduzieren. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) geht in seinem Basisszenario davon aus, dass sich die Zahl der hausärztlichen VZÄ bis 2040 um knapp 6.000 auf 45.492 verringert. Ursächlich hierfür sind sowohl ein Rückgang der Ärzteschaft um 1.278 Personen als auch eine Reduktion der durchschnittlichen wöchentlichen Versorgungszeit um 3,3 Stunden. Zusätzlich steigt der Versorgungsbedarf demografisch bedingt um 3 %.[9]

Auch wenn diese Entwicklung die Regionen in sehr unterschiedlicher Weise treffen wird, nehmen Patien-

2 Vgl. KBV (2024)

3 Vgl. Bertelsmann Stiftung (2025)

4 In den angegebenen 47 Stunden sind durchschnittlich acht Stunden für die Praxisführung enthalten. Die Zeit, die de facto für die Versorgung der hier in dieser Ausarbeitung betrachteten GKV-Patientinnen und -patientinnen zur Verfügung steht, muss noch einmal um ca. 7 % reduziert werden, die durchschnittlich für PKV-Patienten zur Verfügung gestellt wird, da diese in dieser Ausarbeitung nicht berücksichtigt werden.

5 Vgl. Bertelsmann Stiftung (2025)

6 Die Angabe beruht auf der Studie des Instituts für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Universität Marburg bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung – ÄiW im Auftrag des Health Transformation Hub; zitiert nach Bertelsmann Stiftung (2025a), S. 3

7 Vgl. Wende et al. (2025, bifg), S. 15 / Studie des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg)

8 Vgl. ebd., S. 14 f.

9 Vgl. ebd.

ten sowie Öffentlichkeit zunehmend eine drohende Unterversorgung und ein Versagen der gesellschaftlichen Grundaufgabe einer gesicherten Gesundheitsversorgung wahr. In einer repräsentativen Civey-Umfrage gehen 76 % der Befragten davon aus, dass es in den kommenden fünf Jahren deutlich schwieriger werden wird, eine Hausarztpraxis zu finden.[10]

Bisher fokussiert sich die öffentliche Diskussion darauf, dass mehr Ärztinnen und Ärzte gebraucht werden und somit die Zahl der Studienplätze für Medizin deutlich erhöht werden müsste. Laut der amtlichen Statistik ist dies bereits erfolgt: So stieg beispielsweise die Zahl der Studierenden der Humanmedizin von 108.130 im Jahr 2022 auf 117.916 im Jahr 2024.[11] Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Studium und Facharztausbildung ca. zwölf bis 15 Jahre in Anspruch nehmen und dass anschließend nur ein Teil der ausgebildeten Ärzte vollständig für die ambulante Versorgung verfügbar sind.

Um die Versorgung bedarfsgerecht und zeitnah zu sichern, bedarf es aber weiterer Maßnahmen. Beispielsweise sollte die Inanspruchnahme stärker gesteuert und vorhandene Ressourcen effizienter genutzt werden. Vor diesem Hintergrund untersucht diese Studie, ob, in welchem Umfang und mit welcher Effizienz eine stärkere **Arbeitsteilung** in Hausarztpraxen dazu beitragen kann, die Versorgung zu sichern und die verfügbare hausärztliche Arbeitszeit zu schonen. Wie seit Jahrzehnten im angloamerikanischen Raum üblich, setzt sich auch in westeuropäischen Ländern (Skandinavien, Niederlande) zunehmend eine arbeitsteilige Gesundheitsversorgung durch, bei der sich Ärzte auf ihre Kernaufgaben fokussieren können.

Dankenswerterweise wurden für diese Studie Leistungsdaten von **zwei fallzahlstarken Praxen** in Deutschland zur Verfügung gestellt. Diese Praxen haben auf Versorgungsengpässe in ihren Gemeinden reagiert und setzen bereits heute in erheblichem Umfang auf Delegation und digitale Unterstützung. So können sie pro ärztlichem VZÄ eine sehr viel größere Anzahl von Menschen versorgen als Praxen mit jeweils landesdurchschnittlichen Pro-Arzt-Fallzahlen in ihren Regionen. Diesen Angaben wurden Daten aus anderen ländlichen Praxen gegenübergestellt, die sich aktuell erst noch auf den Weg machen, in größerem Maße teamorientiert zu arbeiten.

10 Vgl. HÄV (2024a), S. 1; AOK-Bundesverband (2024)

11 Vgl. Destatis (2025)

1. Arztvorbehalt, Delegation und Praxisassistenzberufe in Hausarztpraxen

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) betrachtet in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ vom April 2024 neben dem ärztlichen Angebot auch die Pflegefachpersonen und die Medizinischen Fachangestellten (MFAs). Während die Berufsgruppe der weitergebildeten Nichtärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPAs) und die damit verwandten Berufsbezeichnungen in dem Gutachten ausführlich Beachtung finden, wird die Berufsgruppe der Physician Assistants (PAs) dort nicht näher dargestellt. Stattdessen äußert sich der SVR sehr umfangreich zur Berufsgruppe der Pflegefachpersonen, die einen Ausbildungsgang in der Kranken-/Altenpflege voraussetzt und ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt in den Pflegewissenschaften findet. Hierzu gibt es an Universitäten und Fachhochschulen bzw. Hochschulkliniken eine breite Vielfalt an Bachelor- und Masterstudiengängen, u. a. zu Advanced Practice Nurses (APNs), zu Community Health Nurses (CHNs), zu Primary Care Nurses (PCNs), Nurse Practitioners (NPs), Nurse Consultants oder Clinical Nurse Specialists. Meist wird Wert darauf gelegt, dass diese Berufsgruppen eigenständig Versorgungsaufgaben, d. h. substituierend, übernehmen können und sollen.

So trägt der SVR im o. g. Gutachten vor:

> *„Bislang fehlt es an einer nachhaltigen und flächendeckenden Strukturanpassung, die eigenständige Leistungserbringung in definierten Bereichen auch durch andere Berufsgruppen mit Übertragungsrechten im Sinne der Substitution regulär ermöglicht, wodurch sich Arbeitsabläufe effizienter gestalten ließen. Vielmehr findet sich eine Beschränkung auf zeitlich befristete modellhafte Erprobungen, die in ihren Voraussetzungen so hochkomplex angelegt sind, dass sie zu einer Hürde für eine dauerhaft erfolgreiche Umsetzung werden.“*[12, 13]

In dieser Ausarbeitung liegt der Schwerpunkt auf den **Praxisassistenzberufen**, die sich zum großen Teil durch Weiterbildung und/oder grundständige Bachelor- und Masterstudiengänge aus den Medizinischen Fachangestellten heraus entwickelt haben. **Sie konzentriert sich allein auf die kurzfristig erreichbaren potenziellen Entlastungseffekte durch Delegation.** Sie versteht sich insofern ergänzend zu anderen Studien, die etwa im Sinne des PORT-Ansatzes Community Health Nurses und andere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen Hausarztpraxen zuordnen.[14]

1.1. Arztvorbehalt in Deutschland / Delegationsvereinbarungen

Das SGB (Sozialgesetzbuch) V regelt die Bedingungen für die ärztliche Behandlung von Patientinnen und Patienten. Dort heißt es im § 28 Abs. 1:

> *„Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und*

12 SVR (2024), S. 130

13 Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, ab dem 1.1.2023 in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Erprobung der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen durchzuführen (Artikel 1 Nummer 18a GVWG).

14 Vgl. Nolting et al. (2021)

> *von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer (BÄK) ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“*

Fast gleichlautend heißt es in § 15 Abs. 1 SGB V:

> *„Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.”*

Zwei **Delegationsvereinbarungen** wurden auf dieser gesetzlichen Grundlage zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-S) vereinbart. Sie sind als Anlage 8 und Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) in Kraft gesetzt und definieren einen Rahmen konkreter Hilfeleistungen, wenn diese ärztlich angeordnet und verantwortet werden. Die Anlage 8 zum BMV-Ä ist überschrieben mit „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen“. Sie gilt damit grundsätzlich für Hausärzte, die Besuchstätigkeiten vornehmen, genauso wie beispielsweise für Neurologen oder Urologen, die Heimpatienten betreuen und Personal zur Durchführung bestimmter Leistungen entsenden. Die Anlage ist im Jahr 2009 in Kraft getreten und 2023 mit dem Begriff „**Praxisassistent**” als Bezeichnung für qualifizierte Gesundheitsberufe ergänzt und aufgewertet worden.[15]

Anlage 24 gilt für alle Ärztinnen und Ärzte und ist überschrieben mit „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V“. Sie ist geprägt durch einen großen Anhang beispielhaft genannter delegierbarer Leistungen, die nicht abschließend sind. Diese Anlage ist seit 2013 in Kraft mit einer kleinen Überarbeitung der Liste 2015[16] (beide Anlagen beziehen sich heute auf § 28 Abs. 1 SGB V).

Innerhalb dieses Rechtsrahmens wird zunehmend Raum geschaffen für Delegationsaufgaben, die Potenzial für die Einsparung ärztlicher Zeitressourcen bieten, wobei die Grenzen des vorhandenen Rechtsrahmens evident werden. Möglich wird dies grundsätzlich durch die in den letzten Jahren deutlich ausgeweitete Weiterqualifizierung medizinischer Fachberufe einschließlich akademischer Aus- und Weiterbildungsangebote. Die Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä) fasst diese Qualifikationen unter dem schon genannten Begriff der Praxisassistenz zusammen und ermöglicht es, auf ärztliche Anordnung medizinische Hilfeleistungen auch in Abwesenheit der Ärztin bzw. des Arztes zu erbringen, etwa Hausbesuche mit Routinekontrollen oder Wundversorgungen.

Die **ärztlichen Kernleistungen** sind definiert als Anamnese- und Befunderhebung, Diagnosestellung, Indikations- und Therapieentscheidungen sowie Aufklärung, Beratung und Arznei- und Hilfsmittelverordnung.[17] Mit der Zunahme qualifiziert weitergebildeter Gesundheitsberufe stellt sich zwangsläufig die Frage, welche Teilbereiche dieser Kernaufgaben im Sinne ärztlicher Zeitersparnis an Praxisassistentinnen und -assistenten als Vorbereitung letztärztlicher Entscheidungen delegierbar sind. Diese Frage nimmt neben Rechts- und Haftungsfragen breiten Raum in der Delegationsdiskussion ein und wird heute in der Praxisrealität jeweils im Einzelfall auf der Basis der Qualifikation, der Einarbeitung unter Anleitung und der regelmäßigen Überprüfung der Arbeit der Praxisassistenten beantwortet. Die Ergebnisse fallen dabei durchweg positiv aus, weil die Individualität einer möglichen Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Praxisassistent gewahrt werden kann. Diese Individualität ist wesentlich und kann sich zudem nach dem Patientenaufkommen und den regionalen Verhältnissen bzw. dem fachärztlichen Umfeld richten, wie sich in den folgenden Auswertungen zeigen wird.

15 Vgl. BÄK (2022)
16 Vgl. KBV (2013)
17 Vgl. BÄK & KBV (2008), S. 3

1.2. Weitergebildete Praxisassistenzberufe in ärztlichen Praxen

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist bei Frauen unverändert der Ausbildungsberuf mit der höchsten Nachfrage. In der ambulanten Versorgung sind durchschnittlich 2,7 MFAs pro Arzt tätig, davon 53 % in Teilzeit. Der SVR berichtet in seinem Gutachten, dass laut Angaben der Bundesanstalt für Arbeit im Jahr 2022 in Deutschland 476.814 Personen als MFAs tätig waren und die Anzahl der MFAs seit dem Jahr 2013 um ca. 13 % gestiegen sei.[18] Die Kernelemente des MFA-Berufes sind Praxisorganisation, Hilfestellungen bei ärztlichen Leistungen sowie die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten.

Im Rahmen dieser Studie betrachten wir

- **Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten** (NäPAs) und subsumieren darunter auch Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) bzw. Entlastende Versorgungsassistenz (EVA) und ähnliche Berufsbezeichnungen, die in regionalen Selektivverträgen unter anderer Namensgebung im Einsatz sind, sowie

- **Physician Assistants** (PAs) und subsumieren darunter auch Primary Care Management (PCM), ein Studiengang, der im Kontext des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands (HÄV) entwickelt worden ist.[19]

Da die Kernelemente der zweiten Gruppe dem anglo-amerikanischen Raum entstammen, sind bis heute für die teils differenten Berufe die englischsprachigen Berufsbezeichnungen üblich.

NäPAs und PAs unterscheiden sich in der Ausbildungsdauer und dem akademischen Niveau, wobei PAs die höhere Qualifikation zukommt. Allerdings werden abhängig von der spezifischen Berufserfahrung und persönlichen Kompetenz beide Berufsgruppen z. T. für vergleichbare Tätigkeiten eingesetzt.

1.2.1. Nichtärztliche Praxisassistenz und ähnliche Weiterqualifizierungen

Die NäPA-Weiterqualifikation existiert bereits seit ca. 15 Jahren und wurde ab 2009 zunächst unter den Bedingungen der Selektivverträge zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HzV) vorangetrieben. Die BÄK entwickelte in Zusammenarbeit mit dem Verband der medizinischen Fachberufe 2010 ein Fortbildungscurriculum, das ab 2015 in einer kollektivvertraglichen Abrechnungsfähigkeit von Besuchsleistungen dieser Berufsgruppe mündete. Das Curriculum beschreibt die Teilnahmevoraussetzungen, die Ausbildungsinhalte, die Lernerfolgskontrolle und das Zertifikat für die NäPAs. Einzelne Ärztekammern ergänzen es beispielsweise durch Zertifikate für die ambulante Versorgung älterer Menschen oder für die Patientenversorgung durch Koordination. Das **Musterfortbildungscurriculum** umfasst 271 Stunden und gliedert sich in

- 201 Stunden Theoretische Fortbildung,

- 20 Stunden Notfallmanagement / Erweiterte Notfallkompetenz und

- 50 Stunden Praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen.

Abhängig von der Dauer der vorherigen Berufsausübung als MFA bzw. auch bei einer vorherigen Krankenpflegeausbildung reduziert sich die theoretische und praktische Ausbildungszeit.[20] Die Weiterbildung ist modulhaft aufgebaut und kann berufsbegleitend erfolgen, eine regelhafte Fortbildung ist verpflichtend. Die Kosten der Ausbildung tragen vielfach die Praxen, in einigen Bundesländern ist eine Erstattung aus dem Strukturfonds der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) möglich.

Unter der Überschrift „NäPA“ subsumieren wir in dieser Studie auch die anderen zusatzqualifizierten medizinischen Fachberufe, die unter den Namen **VERAH, VERAH-Care, NäPA-Comm4Care, NäPA-Herz, EVA** oder **AGnES** geführt werden und ähnliche, z. T. allerdings spezialisiertere Versorgungen in Delegation vornehmen.

18 Vgl. SVR (2024), S. 34: MFAs arbeiten vorwiegend in hausärztlichen, fachärztlichen und zahnmedizinischen Praxen, aber auch in Psychotherapiepraxen, Krankenhäusern, Pflegeheimen und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

19 Vgl. HÄV (2026)

20 Vgl. BÄK (2023)

NäPAs führen Haus- und Pflegeheimbesuche durch, kontrollieren Vitalwerte, prüfen die Medikation, führen Wundversorgungen durch und kommunizieren mit Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und sozialen Diensten. Damit stellen sie eine wesentliche Zeitentlastung dar. Viele Praxen haben bereits eine telemedizinische Anbindung an die Praxis zur jederzeitigen Rückfrage ermöglicht.

1.2.2. Physician Assistants und analoge Studiengänge

Mit PA bezeichnet man eine medizinische Fachkraft mit akademischem Bachelor (B. Sc.) oder Masterabschluss (M. Sc. seit 2021) einer Fachhochschuleinrichtung. Der Studiengang wird seit 2005 in Deutschland angeboten, anfänglich ausschließlich für Personen mit einer Berufsausbildung im Gesundheitswesen, inzwischen auch grundständig, d. h. für Studierende ohne vorherige Berufsausbildung. Allerdings unterscheiden sich bis heute Lerninhalte und Abschlüsse je nach Ausbildungsort. Dies zu vereinheitlichen sowie dem Berufsbild ein kompetenzbasiertes Rahmenmodell zu geben und in einem Berufsgesetz zu fixieren, ist Ziel des **Positionspapiers der BÄK**, das im April 2025 unter Mitwirkung der **Deutschen Gesellschaft Physician Assistant e.V.** (DHPA) folgende Kernelemente festlegte:

- einheitlich festgelegte Zugangsvoraussetzungen für das Studium Physician Assistance (B. Sc.)
- einheitliche Lehrinhalte (primär- und sekundärqualifiziert)
- Fortbildungen und Masterstudiengänge
- Tätigkeitsrahmen für die praktischen Kompetenzen von PAs

In Teil II dieser Veröffentlichung werden exemplarisch **Tätigkeitsbereiche** genannt, die für den ambulanten Bereich deutlich über die in bisherigen Delegationsvereinbarungen definierten Inhalte hinausgehen, wie Prozesssteuerung und Monitoring in der Umsetzung von Therapieplänen anhand von Standard Operating Procedures (SPOs) (Beispiel: Kommunikation zu Befunden, Wundversorgungen, präventive Untersuchungen), die Übernahme von Dokumentationen und Arztbriefen sowie die Kommunikation mit Versicherern und Ämtern oder den Kliniken zum Einweisungs- und Entlassmanagement. Ebenso liegen diagnostische Leistungen wie Untersuchungen zur Abklärung leichterer Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen, das frühe Erkennen von „Red Flags“, die regelhafte Überprüfung des Standes chronischer Erkrankungen und die Patientenführung sowie technische Leistungen wie Sonografie, Echokardiografie, Bodyplethysmografie, Aszites- oder Pleurapunktion unter Supervision der Ärztin bzw. des Arztes im Kompetenzrahmen der PAs (Teil III, Erweiterte Kompetenzen).

Die **Akzeptanz des PA-Berufsbildes** in ihrer Ärzteschaft hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) 2024 im Rahmen einer Umfrage erhoben.[21] Danach sind 76 % der antwortenden Ärzte positiv zum PA-Berufsbild orientiert, 19 % beschäftigen bereits einen PA (60 Praxen), und 67 % können sich eine zukünftige Zusammenarbeit vorstellen. Ein Modellprojekt inklusive einer Personalbörse soll Praxen und PAs in Kontakt bringen und weitere Indikatoren wie Teamintegration und Finanzierung evaluieren.

„PAAM – Physician Assistant meets Allgemeinmedizin” ist ein vom Innovationsfonds unterstütztes Modell des Universitätsklinikums Essen. Es startete 2025 mit 24 Praxen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein sowie 51 Kontrollpraxen und untersucht bis 2027 den medizinischen Nutzen des PA-Einsatzes in hausärztlichen Praxen. Dazu werden als Parameter die Raten der Notaufnahmen, die Veränderungen der Anzahl an versorgten Patienten, die Patientenzufriedenheit und die Auswirkungen auf die Wochenarbeitszeit der Hausärzte herangezogen, um einen – gewünschten – Übergang von etablierten Aufgabenteilungen und Rollenverständnissen zu interprofessionellen Teampraxen zu verifizieren.[22]

Primary Care Management (PCM) ist ein Studiengang, der erst seit 2023 angeboten wird und einen ähnlichen Aufbau ausweist, allerdings noch stärker auch auf das Management von Arztpraxen ausgerichtet ist. Wie oben schon erwähnt, ist er im Kontext des HÄV entwickelt worden und wird aktuell nur von der FOM Hochschule angeboten. Auch hier besteht seit Kurzem die Möglichkeit, direkt nach der Schule in das Studium einzusteigen.

21 KVNO (2026)

22 Vgl. Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2025)

2. Vergleich hausärztlicher Praxen mit weitergebildeten Praxisassistenz-berufen gegenüber Standardpraxen

Daten aus Deutschland bzgl. der Frage, ob durch erweiterte Delegation ärztliche Ressourcen freigesetzt werden könnten, sind noch begrenzt und meist qualitativ.[23] Allerdings gibt es bereits seit einigen Jahren relativ gut belegte Hinweise darauf, dass durch Delegation mehr Hausbesuche durchgeführt werden.[24] So berichten Ärztinnen und Ärzte von Zeitgewinnen durch den Einsatz von weiterqualifizierten MFAs und der Möglichkeit, dadurch mehr Patientinnen und Patienten versorgen zu können. Delegationsleistungen sind und waren immer Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Aktuell geht es um die Frage, ob und wie Delegationsaufgaben bei Vorliegen höherer Qualifikation erweitert werden können.

HINWEIS: Alle Angaben zu Ärztinnen und Ärzten sowie PAs und NäPAs beziehen sich – sofern nicht anders angegeben – auf VZÄ. Dies gilt sowohl für Personalstärken als auch für die Berechnung der Entlastungseffekte. Alle Analysen wurden auf Basis der Anzahl der Patientinnen und Patienten und der Personalstärken des ersten Quartals 2025 durchgeführt.

2.1. Beschreibung der für den Vergleich betrachteten Praxen

Im Rahmen dieser Studie beschränken wir uns auf den Vergleich von einem hausärztlich getragenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und einer ebenfalls hausärztlich getragenen Praxisgemeinschaft mit Beschäftigung weitergebildeter Praxisassistenzberufe – hier im Folgenden beide „Innovationspraxen“ genannt – mit drei MVZ-Standardpraxen. Alle Praxen befinden sich in ländlichen Räumen. Die Regionen, in denen diese Praxen tätig sind, zeichnen sich durch eine hohe Akutnachfrage, ein geringes Potenzial von zuzugswilligen Allgemeinärzten sowie einen begrenzten Zugang zu Fachärzten aus. Vor diesem Hintergrund kommt der Organisationsform sowie dem Einsatz qualifizierter Praxisassistenzberufe eine besondere Bedeutung zu.

Im Fokus stehen die zwei Innovationspraxen, die durch den gezielten Einsatz weitergebildeter Praxisassistenzberufe, eine innovative Praxisorganisation, den Einsatz standardisierter Behandlungs- und Untersuchungsverfahren sowie durch digital unterstützte Kooperationen mit Facharztpraxen oder Kliniken geprägt sind. Kennzeichnend ist zudem ihre konsequent lösungsorientierte Ausrichtung auf regionale Versorgungsprobleme. Die drei MVZ-Standardpraxen weisen im Vergleich bei aller ebenfalls vorhandenen Lösungsorientierung konventionellere hausärztliche Strukturen mit nur geringer Delegation an weitergebildete Praxisassistenzberufe auf. Tätigkeiten, die in den Innovationspraxen zum großen Teil durch PAs/NäPAs unter der Supervision von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden, werden dort durch Letztere erbracht.

2.1.1. Innovationspraxis 1: MVZ Birkenallee (Papenburg)

Die MVZ Birkenallee GmbH wurde am 1.7.1992 durch Dr. med. Volker Eissing gegründet. Über die Zeit ist sie aufgrund der Aufgabe örtlicher Allgemeinpraxen und der Not der Versorgung der regionalen Patientinnen

23 Vgl. Wolf et al. (2023)

24 Vgl. Mergenthal et al. (2018); Wolf et al. (2023)

und Patienten (20 freie Hausarztsitze im Planungsbereich) stetig organisch gewachsen. Unter dem Dach der GmbH befindet sich heute eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einer Allgemeinmedizinerin, ein Zweig mit Betriebsmedizin, eine Gelbfieberimpfstelle, ein weiteres allgemeinmedizinisches MVZ und ein Palliativstützpunkt. Daneben verfügt die Praxis noch über weitere, hier in diese Auswertung nicht aufgenommene Zweigpraxen. Das MVZ setzt seit vielen Jahren auf einen ausgeprägt multiprofessionellen Skill-Mix.[25]

Als An-Institut der staatlichen Hochschule Anhalt werden am Campus Papenburg 30 Physician Assistants über ein siebensemestriges berufsbegleitendes Studium ausgebildet, und das MVZ Birkenallee ist dafür die praktische Ausbildungsstätte, die Ärzte sind Lehrbeauftragte.

Elf PAs (VZÄ) und drei NäPAs (VZÄ) arbeiten in Delegation zusammen mit vier Allgemeinarzt-VZÄ (aufgeteilt auf sieben Personen) zum Vergleichszeitpunkt des ersten Quartals 2025.[26]

Delegationspfade umfassen sowohl klassische hausärztliche Arbeitsbereiche, aber auch darüber hinausgehende fachärztliche Diagnostik, so u. a. Wund- und Infusionstherapie, Chronikerbetreuung, palliativmedizinische Versorgung, technisch unterstützte dermatologische und rheumatologische Basisdiagnostik, pädiatrische Versorgung, umfangreiche kardiologische Diagnostik (z. B. Belastungs-EKG, Langzeit-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung [RR]) sowie Augeninnendruckmessung/Augenhintergrundanalyse.

Niedergelassene Fachärzte sowie Ärzte des Ludmillenstifts Meppen (Dr. Chen, Pädiatrie), der Universitätsklinik Düsseldorf (Prof. Dr. Dr. Meuth, Neurologie), des Universitätsklinikums Münster (Prof. Weißhaupt, Dr. Brinker Weener, Dermatologie, sowie Prof. Reinecke und Prof. Sindermann, Kardiologie) der Charité (Prof. Edelmann, Kardiologie, sowie Prof. Ohrndorf, Rheumatologie) und des Rheumazentrums Düsseldorf (Dr. Werner) bringen ihre Expertise ein und supervidieren die Arbeit der spezifisch weiterqualifizierten PAs per Telemedizin.[27]

2.1.2. Innovationspraxis 2: Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn)

Die Innovationspraxis 2 besteht aus zwei hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), die in einer Praxisgemeinschaft zusammengeschlossen sind. Gegründet von den Initiatoren Dipl.-Biol. Ernst-Rudolf Klumpp, Dr. med. Dieter Krampitz und Dr. med. Michael Seitz und heute zusätzlich vertreten von Dr. med. Paul Blickle, Dr. med. Marie-Juliana Ehret und Prof. Dr. med. Wolfgang von Meißner, kombiniert diese Praxisgemeinschaft Delegation mit einem umfänglichen internen digitalen Organisationsmodell.

Zusätzlich zu 3,6 ärztlichen VZÄ sind ein PA und ein PA-Studierender (hier als 1,2 VZÄ gerechnet) sowie sechs NäPAs bzw. VERAHs (4,5 VZÄ) zum Vergleichszeitpunkt Q1/2025 tätig, die individuell definierte delegationsfähige Tätigkeiten übernehmen. Seit Herbst 2025 beschäftigt die Praxisgemeinschaft insgesamt drei PAs mit B.-Sc.-Abschluss.

Terminierung, Vorabklärung, digitale Kontaktkanäle und eine engere Prozessführung reduzieren Varianz und den Bedarf an physischen Wartezonen. Die MFA-Sprechstunde (Labor, EKG, Lungenfunktionsdiagnostik, Spirometrie, Langzeit-EKG, Langzeit-RR, Vorbereitung von Disease-Management-Programmen (DMPs) wie z. B. Fußuntersuchung und Impfmanagement) wurde dafür in ein separates Stockwerk ausgegliedert. Das Praxisverwaltungssystem (PVS) bietet einen umfassenden Zugriff auf alle relevanten Versorgungsdaten und ermöglicht eine detaillierte Auswertung der Versorgungsvorgänge. Darüber hinaus werden die Daten – in strukturierter und aufbereiteter Form – auch in Zusammenarbeit mit der Universität zu Lübeck für Forschungszwecke genutzt.

Eine Besonderheit der Praxis ist der hohe Digitalisierungsgrad. Neben einem digitalisierten Kommunikations- und Verwaltungsprozess nutzt die Praxis KI-gestützte Transkriptions- und Dokumentationssysteme, die ärztliche Gespräche automatisch erfassen und strukturiert aufbereiten. Der Arzt kuratiert, überprüft und finalisiert die Zusammenfassung. Die Dokumenta-

25 Vgl. Laschet (2024) sowie https://www.mvz-birkenallee.com/

26 Die Untersuchung beschränkt sich auf die anteilige Auswertung der Mitarbeitenden des MVZ Birkenallee. Daneben verfügt die Praxis noch über weitere Zweigpraxen und vergrößerte sich in der Zwischenzeit weiterhin (vgl. Standorte | MVZ Birkenallee).

27 Eigene Angaben Dr. Eissing, vgl. auch HTH (2025)

tion wird ausführlicher und kann in dem Multibehandler-Setting der Praxisgemeinschaft bei einem späteren Kontakt sowohl von allen Mitarbeitenden, aber auch von Künstlicher Intelligenz (KI) besser genutzt werden als die sonst übliche „Stichpunkt-Dokumentation".

Diese Form der digitalen Assistenz wirkt ergänzend zum Delegationsmodell und trägt laut Angaben der Praxisinhabenden in hohem Maße zur Entlastung der ärztlichen Arbeitszeit bei. Eine Patienten-App („automedic") trägt dabei ebenfalls zur digitalen Unterstützung administrativer Prozesse bei. Sie ermöglicht den Patientinnen und Patienten neben der Terminvergabe

- das digitale Anfordern von Wiederholungsrezepten,
- das Anfordern von Überweisungen sowie
- das Senden von Nachrichten an das Praxisteam

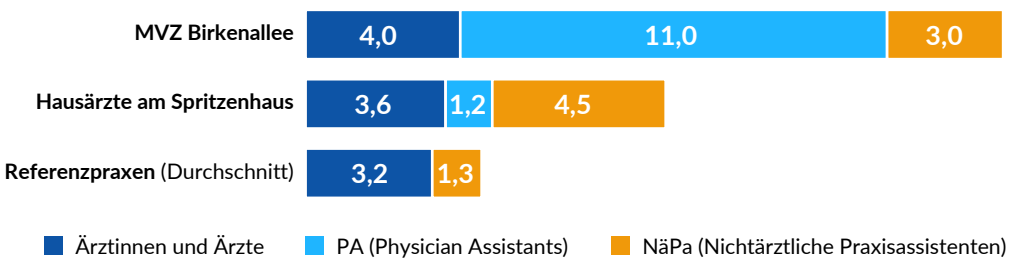
und ist damit eine wesentliche Unterstützung organisatorischer Praxisabläufe.[28] Den Praxisinhabenden ist dabei wichtig, dass ihre Softwarenutzung das Ergebnis praxiseigener Entwicklung aus konkreten Engpasssituationen heraus ist. Sie beschreiben, dass sie keine generischen Standardlösungen nutzen, sondern eigene, aus dem Praxissetting heraus entwickelte Werkzeuge. Diese seien in die tägliche Taktung integriert und insofern als integraler Bestandteil eines Gesamtmodells aus Delegation, Standardisierung und Workflow-Design zu sehen.

Ein Hauptnutzen sei dabei das Ticket-System, in dem fast alle Kommunikationskanäle gebündelt werden (Chat, Medikamentenbestellung, Web-Plug-in für Online-Rezeption, Fax, E-Mail, Telefon-Bot etc.). Damit verfügten sie über ein gemeinsames Dashboard anstelle der sonst üblichen verschiedenen Einzellösungen, die dann jeweils zusätzlich in die Akte integriert werden müssten. In ihrer Lösung würden die Daten direkt in das Primärsystem übernommen, und es würden auch direkt Aktionen im PVS ausgeführt. So lande das Rezept beispielsweise direkt auf dem TI-Signierstapel des PVS, sofern die Bestellung über die App erfolge und dem ärztlich freigegebenen Medikationsplan entspreche.

2.1.3. Vergleichsstandorte (Standard-MVZ)

Zur Einordnung der Ergebnisse werden drei konventionell organisierte MVZs einbezogen, die aufgrund von Versorgungsengpässen in ihren ländlichen Regionen direkt oder indirekt (über kommunale Kliniken) kommunal geführt werden. Diese Einrichtungen sind **ländliche Hausarztpraxen** mit einem im Landesdurchschnitt liegenden Patientenaufkommen, sie verfügen **nicht über PAs** und nur in sehr begrenztem Umfang über NäPAs bzw. VERAHs. Sie arbeiten überwiegend arztzentriert und bilden daher eine geeignete quantitative und qualitative Referenzbasis. Alle Praxen beschäftigen darüber hinaus auch MFAs, die hier nicht dargestellt werden.

ABBILDUNG 1 **Personalmix der Praxistypen (ohne MFAs), Stand Q1/2025**



Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

28 Vgl. MediTech (2026)

2.2. Inputgrößen: Patientenzahlen pro Arzt, Chronikeranteil

Die Analyse umfasst die versorgten Patienten, die Anzahl der Ärzte sowie der PAs bzw. NäPAs (in VZÄ) und den (abrechnungsbezogenen) Chronikeranteil. Grundlage der Berechnungen war die Frequenzstatistik aus den KV-Abrechnungen der Praxen sowie für den Fall der Hausärzte am Spritzenhaus aus der HzV-Abrechnung. Für die Ermittlung des Chronikeranteils wurde im Rahmen der Analyse die EBM-Ziffer 03220 „Chronikerzuschlag I“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) herangezogen, für die HzV die Ziffer 0003 „Chronikerzuschlag“. Die Ziffern werden für Patienten berechnet, die eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung haben und regelmäßig behandelt werden.

Die betrachteten konventionellen MVZ-Praxen erreichen im Schnitt **1.084 Patienten pro Arzt** und Quartal. Im MVZ Birkenallee liegt dieser Wert mit rund **3.200 Patienten pro Arzt** deutlich höher, mit **1.817 Patienten pro Arzt** übersteigen die Hausärzte am Spritzenhaus ebenfalls den Durchschnittswert erheblich.

Bundesweit werden im hausärztlichen Bereich **durchschnittlich 916 Patienten pro Arzt** im ersten Quartal eines Jahres versorgt. Dies ist der Mittelwert für den hausärztlichen Versorgungsbereich aus den Jahren 2022 und 2023.[29] Die Referenzpraxen liegen somit mit 1.084 Patienten pro Arzt um 18,3 % über diesem Mittelwert und dienen hier als Vergleichsbasis.[30]

Chronikeranteil

Der Chronikeranteil beschreibt den Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer langfristigen, behandlungsbedürftigen Erkrankung regelmäßig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Er dient als wichtiger Indikator für die Morbiditätslast einer Praxis und beeinflusst sowohl den Versorgungsbedarf als auch die Arbeitsbelastung des medizinischen Personals.

Bundesweit zeigen Auswertungen (u. a. von Statista), dass rund 50 % der Bevölkerung mindestens eine chronische Erkrankung aufweisen. Der Morbiditätsatlas des bifg[31] verdeutlicht zudem, dass insbesondere ländliche Regionen – vor allem in ostdeutschen Landkreisen – eine deutlich höhere Morbiditätslast aufweisen. Diese regionalen Unterschiede sowie die höhere Kontaktzahl chronisch erkrankter Menschen führen dazu, dass der tatsächliche Anteil chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten in vielen hausärztlichen Praxen deutlich höher liegt als der Bundesdurchschnitt suggeriert.

TABELLE 1 **Patientenzahlen und Patienten pro Arzt (Q1/2025)**

Praxis	Patienten gesamt	Ärzte (VZÄ)	Patienten pro Arzt (VZÄ)
MVZ Birkenallee	12.788	4	3.197
Hausärzte am Spritzenhaus	6.542	3,6	1.817
Referenzpraxen (Durchschnitt)	3.251	3	1.084

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

29 Vgl. KBV (2025)

30 Der bundesdeutsche Mittelwert ist ein rechnerischer Wert, der auch die Praxen mit enthält, die sich entweder schon im Ausklinken in den Ruhestand befinden oder sich schwerpunktmäßig auf Psychosomatik, Homöopathie, Prävention, Longevity oder Privatpatienten ausrichten, aber dennoch einen vollen Arztsitz nach den KV-Regularien umfassen. Dafür gilt die Anforderung der Öffnungszeit von 25 Stunden/Woche für GKV-Versicherte, aber der Arzt ist in seiner Leistungsausrichtung frei.

31 bifg (2026)

TABELLE 2 **Chroniker und Chronikeranteil (nicht bereinigte Werte)**

Praxis	Chroniker	Fälle gesamt	Anteil Chroniker
MVZ Birkenallee	6.787	12.788	53 %
Hausärzte am Spritzenhaus	4.264	6.542	65 %*
Referenzpraxen (Durchschnitt)	1.698	3.251	52 %

*Der höhere Anteil der Chroniker in der Praxis der Hausärzte am Spritzenhaus ist aus der anderen Definition der Chronikerziffer im HzV-Vertrag zu erklären.

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

2.3. Entlastungsrechnung durch Delegation auf Basis der Daten des MVZ Birkenallee (Papenburg)

Dieses Kapitel beschreibt, welche Leistungen in welchem Umfang erbracht werden, welche Tätigkeiten delegiert sind und in welchem Maß daraus eine Entlastung der ärztlichen Arbeitszeit entsteht. Dabei werden sowohl KV-dokumentierte Leistungsbereiche als auch praxisintern erhobene Tätigkeitsfelder berücksichtigt.

2.3.1. Erste Abschätzung der Entlastung durch PAs/NäPAs auf Basis der Versorgungslast

Eine einfache, aber aussagekräftige Abschätzung der Entlastung durch Delegation ergibt sich aus dem Vergleich der gesamten Versorgungslast mit der ärztlichen Kapazität der Referenzpraxen.

Der bundesweite Durchschnitt liegt bei 916 Patienten pro Arzt und Quartal.[32] Überträgt man den bundesweiten Richtwert auf das MVZ Birkenallee mit vier Ärztinnen und Ärzten, ergäbe sich bei rein ärztlicher Versorgung eine hypothetische Kapazität von

4 × 916 = 3.664 Patienten pro Quartal.

Tatsächlich versorgt das MVZ Birkenallee jedoch 12.788 Patientinnen und Patienten pro Quartal. Die Differenz von gut 9.124 Patienten kann nicht durch eine höhere Produktivität der Ärztinnen und Ärzte allein erklärt werden, sie erklärt sich erst durch die systematische Delegation an PAs und NäPAs.

Rechnerisch entspricht diese zusätzliche Versorgungslast rund zehn Arzt-Vollzeitstellen. Bezogen auf die 14 Delegationskräfte (elf PAs und drei NäPAs) ergibt sich eine **Entlastung von rund 0,7 Arzt-Vollzeitstellen pro PA/NäPA**. Diese erste Abschätzung wird in den folgenden Kapiteln durch detaillierte Analysen der EBM-Statistik und eine zusätzliche Tätigkeitsanalyse überprüft.

2.3.2. Leistungsprofil des MVZ Birkenallee und delegierbare Leistungen

Die Auswertung der KV-Abrechnungsdaten zeigt ein breites, auch spezialisiertes hausärztliches Leistungsprofil, das deutlich über eine reine „Basisversorgung“ hinausgeht. Aufgrund großer Entfernungen zu Facharztpraxen übernimmt das MVZ Birkenallee in mehreren Bereichen Funktionen, die in konventionellen Strukturen an Fachärzte abgegeben werden (vgl. die Darstellung in Kap. 2.1.1). Die Praxis vermeidet damit für die Patienten weite Wege und Wartezeiten sowie überlange Unsicherheiten bzgl. des richtigen therapeutischen Vorgehens. Laut eigenen Angaben erhalten die Hausärzte und PAs zu spezialisierten Krankheitsbildern fachärztliche, teils klinische Supervisionsunterstützung, und sie können auf diese Weise 90 % der Fälle abschließend in der Praxis diagnostizieren und therapieren. Dies vermindert auch die Quote stationärer Einweisungen.

32 Vgl. KBV (2025)

Ein Großteil der standardisierbaren und routinenahen Leistungen wird durch MFAs und PAs erbracht. Dadurch verschiebt sich die ärztliche Tätigkeit in Richtung komplexer Diagnostik, Therapieentscheidungen mit Verordnungen, psychosozialer Versorgung und Supervision der Routineversorgung. Insgesamt zeigt das Leistungsprofil einen deutlichen Schwerpunkt auf delegierbaren und klar strukturierten Tätigkeitsbereichen, die in Summe erheblich zur Entlastung der Ärzte beitragen.

LESESCHLÜSSEL UND BEZUG ZUR ENTLASTUNGSRECHNUNG

Häufigkeit der Tätigkeiten (EBM-Frequenzen, relativ innerhalb des MVZ):

+++ sehr häufig (Schwerpunkt, hoher Anteil)
++ häufig (regelmäßig, relevanter Anteil)
+ gelegentlich (ergänzend)

Delegationsanteil: grobe Einordnung des Anteils, der im jeweiligen Bereich typischerweise durch MFAs/PAs/NäPAs unter ärztlicher Supervision übernommen werden kann

Bezug zur Entlastungsrechnung: Bereiche mit hohem Umfang und hohem Delegationsanteil sind zentrale Treiber der in Kapitel 2.3.5 ausgewiesenen Zeitentlastung. Ergänzende, im EBM nur pauschal abgebildete Tätigkeiten werden separat berücksichtigt.

A. Geriatrie und multimorbide Versorgung

- Häufigkeit: +++
- Delegationsanteil: ca. 60 %

Interpretation: Die Praxis erbringt entsprechend der Altersverteilung des Patientenklientels in großer Zahl geriatrische Assessments und Betreuungskomplexe. Diese Leistungen sind zeitintensiv und werden vor allem bei multimorbiden, häufig pflegebedürftigen Patienten vorgenommen. Ein erheblicher Teil der dazugehörigen Assessments, Verlaufskontrollen und Dokumentationen wird an PAs delegiert und direkt dokumentiert, sodass die Daten dem Arzt jederzeit zur Verfügung stehen.

B. Wundversorgung und Kleinchirurgie

- Häufigkeit: ++
- Delegationsanteil: ca. 80–90 %

Interpretation: In der Versorgung chronischer Wunden, Dekubitalulzera, Ulcera cruris sowie bei kleinchirurgischen Eingriffen übernimmt das MVZ Aufgaben, die andernorts häufig in spezialisierten Wundzentren oder chirurgischen Praxen stattfinden. Dies schließt beispielsweise eine VAC-Versorgung ein, die von den PAs vorgenommen und überwacht wird.

C. Kardiologische Basisdiagnostik

- Häufigkeit: ++
- Delegationsanteil: 80–90 %

Interpretation: Belastungs- und Langzeit-EKGs sowie Langzeit-RRs werden in relevantem Umfang vor Ort durchgeführt und ausgewertet. Damit wird ein Teil der kardiologischen Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung gehalten. Vorbereitung, Durchführung und Teile der Auswertung werden weitgehend delegiert.

D. Labor und technische Diagnostik

- Häufigkeit: +++
- Delegationsanteil: 90–98 %

Interpretation: Hierzu zählen alle Laborleistungen der Grundversorgung inklusive z. B. CRP, D-Dimer und Troponin-Test sowie technische Untersuchungen wie Spirometrien. Sie werden nahezu vollständig durch MFAs und PAs erbracht und entlasten die Ärzte bei der routinenahen Diagnostik.

E. Hausbesuche und mobile Versorgung

- Häufigkeit: ++
- Delegationsanteil: 98 %

Interpretation: Außer Notfallbesuchen werden Hausbesuche und Mitbesuche überwiegend von PAs durchgeführt. Dadurch können auch mobilitätseingeschränkte und hochaltrige Patienten verlässlich versorgt werden, ohne dass dies die ärztliche Sprechstundenkapazität übermäßig einschränkt.

2.3.3. Gesamtärztliche Entlastung auf Basis delegierbarer EBM-Leistungen

Neben der groben Abschätzung über die Versorgungslast (siehe Kap. 2.3.1) lässt sich die Entlastung auch über einzelne delegierbare Leistungsbereiche näherungsweise quantifizieren. Berücksichtigt man nur einige zentrale Bereiche – insbesondere Geriatrie, Hausbesuche und Wundversorgung –, ergibt sich in der Innovationspraxis 1 bereits eine deutliche Substitution ärztlicher Arbeitszeit:

- In der **geriatrischen Versorgung** wird ein großer Teil der Assessments und Betreuungskomplexe an PAs delegiert. Hochgerechnet entspricht dies etwa **0,8 bis 0,9 Arzt-VZÄ**.[33]
- In der **mobilen Versorgung (Hausbesuche)** werden nahezu alle planbaren Besuche durch PAs erbracht. Die dadurch ersparte ärztliche Arbeitszeit entspricht etwa **1,1 bis 1,2 Arzt-VZÄ**.
- In der **Wundversorgung** ergibt sich, trotz insgesamt geringerer Fallzahl, eine spürbare Entlastung im Umfang von etwa **0,1 Arzt-VZÄ**.

Ohne den Einsatz der weitergebildeten Praxisassistenzberufe wären allein schon für diese drei Leistungsblöcke zusammen weitere rund **2,1 bis 2,3 Arzt-VZÄ** notwendig, die in der Region nicht verfügbar sind. Bezieht man weitere delegierbare Leistungen (Diagnostik, Chronikerbetreuung, Infusionen, Dokumentations- und Koordinationsaufgaben) ein, die in den Innovationspraxen erbracht werden, wird in der Innovationspraxis 1 eine Gesamtentlastung im Bereich von etwa **4,0 bis 4,8 Arzt-VZÄ** erbracht.

Weitere delegationsfähige Tätigkeiten – insbesondere die im nächsten Kapitel dargestellten sechs exemplarischen Tätigkeitsfelder sowie zusätzliche, im EBM nicht abgebildete Dokumentations-, Koordinations- und Betreuungsanteile, z. B. hauseigene Standardtherapien und ADHS-Testungen – erhöhen die Entlastung weiter. Zusammen mit diesen zusätzlichen delegierten Aufgaben ergibt sich ein Gesamtentlastungspotenzial, das in seiner Größenordnung gut mit der in Kapitel 2.3.1 berechneten strukturellen Entlastung von rund **9,5 Arzt-VZÄ**, d. h. **0,7 pro PA/NäPA**, übereinstimmt.

Oder mit anderen Worten: Da für die Region Papenburg diese Ärzte nicht zur Verfügung stehen, hätte das MVZ Birkenallee schon lange und für viele Patienten in Papenburg einen Aufnahmestopp verhängen müssen.

2.3.4. Delegationsfähige Tätigkeiten (praxisinterne Zusatzdatenerhebung)

Neben den KV-Daten hat das MVZ Birkenallee eine Reihe zusätzlicher delegationsfähiger Tätigkeiten intern erhoben, die im EBM nicht oder nur unzureichend abgebildet sind, da sie in Pauschalen aufgehen. Beispiele hierfür sind Infusionstherapien, DMP-Herzinsuffizienz-Kontrollen sowie ADHS-Testungen.

Für die nachfolgend exemplarisch ausgewählten Tätigkeitsbereiche wurde das Leistungsvolumen anhand der

TABELLE 3 **Leistungsbereiche, Delegationsanteile und ersparte Arztzeiten**

Leistungsbereich	Delegationsanteil	Dadurch ersetzte Arztzeit pro Quartal	Entspricht Arztzeit in VZÄ
Geriatrie	ca. 60 %	ca. 453 Stunden	0,87 VZÄ
Hausbesuche	ca. 98 %	ca. 614 Stunden	1,18 VZÄ
Wundversorgung	ca. 80–90 %	ca. 36 Stunden	0,07 VZÄ

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

33 Entsprechend der weiter vorne aufgeführten Rechnung wird hier ein Vollzeitäquivalent mit knapp 40 Stunden Versorgungszeit berechnet. Von den laut Eigenangaben in der Befragungsstudie angegebenen durchschnittlich 47 Stunden Arbeitszeit wurden die ebenfalls dort angegebenen acht Stunden Arbeitszeit für die Praxisorganisation abgezogen, um hier die reine Versorgungszeit abzubilden.

von der Praxis angegebenen durchschnittlichen Dauer je Vorgang berechnet und mit den dokumentierten Fallzahlen multipliziert. Die Angaben basieren auf praxisinternen Erhebungen und Erfahrungswerten.

Betrachtet werden exemplarisch folgende delegationsfähige Leistungsgruppen:

- **Infusionstherapien** – z. B. Rehydrierung, Vor-Ort-Behandlung im Rahmen hämato-onkologischer Begleittherapien
- **Palliativmedizinische Betreuung (SAPV)** – ambulante Spezial-Palliativversorgung zur Symptomkontrolle/Krisenhilfe
- **Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen** – u. a. erweiterte Check-ups und präventive Untersuchungen
- **Ganganalyse** – standardisierte Untersuchung im Rahmen der Verlaufskontrolle
- **DMP-Herzinsuffizienz-Kontrollen** – strukturierte Verlaufsüberwachung
- **ADHS-Testung** – standardisierte Diagnostik zur Abklärung bei Erwachsenen

Insgesamt ergibt sich ein Leistungsumfang von **ca. 1.476 Stunden pro Quartal**, davon:

- **PA-Volumen:** ca. 1.199 Stunden (≈ 81,2 %)
- **Ärztliches Volumen:** ca. 277 Stunden (≈ 18,7 %)

Dies bedeutet:

- **PA-Arbeitszeit:** Ein PA erbringt in den exemplarischen sechs Leistungsbereichen durchschnittlich 108,95 Stunden pro Quartal. Diese Zeit ersetzt direkt ärztliche Arbeitszeit.
- **Verbleibende Arzt-Arbeitszeit:** Das ärztliche Zeitvolumen für den weiterhin verbleibenden Anteil ärztlicher Arbeitszeit aus diesen sechs exemplarischen Tätigkeiten sowie für den Supervisionsanteil beträgt rund 276 Stunden pro Quartal. Umgerechnet entspricht dies etwa 69 Stunden pro Vollzeitarzt und Quartal.

Die zusätzliche Leistungsanalyse zeigt:

- PAs übernehmen den Großteil zeitintensiver Tätigkeiten, insbesondere in Palliativmedizin, Infusionstherapie, Prävention/Vorsorge, Ganganalyse und DMP-Steuerung.
- Über 81,4 % des gesamten Volumens aller zusätzlich erhobenen delegationsfähigen Tätigkeiten werden durch PAs erbracht.

TABELLE 4 **Exemplarische Darstellung weiterer delegationsfähiger Leistungsgruppen**

Leistungsbereich	Stunden gesamt	PA-Anteil Stunden (in %)	Arzt-Anteil Stunden (in %)	Stunden pro PA	Stunden pro Arzt
Palliativmedizinische Betreuung	1.350	1.080 (80 %)	270 (20 %)	98	68
Infusionstherapie	40	38 (95 %)	2 (5 %)	3	1
Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen	43	39 (90 %)	4 (10 %)	4	1
Ganganalyse	25	25 (100 %)	0 (0 %)	2	0
DMP Herzinsuffizienz	13	13 (100 %)	0 (0 %)	1	0
ADHS-Testung	3	3 (95 %)	0 (5 %)	0	0
Summe	**1.476**	**1.199 (81,2 %)**	**277 (18,7 %)**	**109**	**69**

Hinweis: Die Einzelwerte sind auf volle Stunden gerundet. Die Gesamtsumme basiert auf den exakten Minutenwerten.

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

- Umgerechnet entspricht dieses delegierte Volumen allein in diesen sechs Bereichen bereits einer Entlastung von gut zwei Arzt-VZÄ.

- Pro PA ergibt sich daraus zusätzlich zu den in Kapitel 2.3.3 ausgewiesenen Effekten eine weitere Entlastung von rund **0,2 Arzt-VZÄ**.

2.3.5. Zusammenfassende Bewertung der Outputanalyse der Innovationspraxis 1

Die Outputanalyse des MVZ Birkenallee zeigt ein konsistentes Bild: Die sehr hohe Versorgungskapazität wird durch ein breites Delegationsmodell erzielt. Dadurch werden sowohl zeitintensive als auch standardisierbare Tätigkeiten in großem Umfang von PAs und NäPAs übernommen.

Zentrale Ergebnisse:

- Die Ärztinnen und Ärzte konzentrieren sich neben der Supervision und Teamführung der PAs und NäPAs auf die komplexen diagnostischen Entscheidungen, Therapiefestlegungen und psychosozialen Gespräche sowie auf die Supervision aller Fälle, die je nach Krankheitssituation sofort oder in Teamsitzungen vorgestellt werden. Zudem geschieht jede Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung ausschließlich ärztlich.

- PAs und NäPAs übernehmen weite Teile der alltäglichen Versorgung wie Hausbesuche, Wundversorgung, Infusionen, Verlaufskontrollen, Teile der Geriatrie und technische Diagnostik.

- Der delegierbare Anteil umfasst sowohl klar im EBM definierte Leistungsbereiche als auch Tätigkeiten, die im EBM nicht oder nur pauschal erfasst sind (z. B. Dokumentation, Koordination, palliativmedizinische Betreuung).

- Die verschiedenen Berechnungswege – Versorgungslast, EBM-basierte Entlastung und interne Tätigkeitsanalyse – ergeben übereinstimmend, dass die Delegation im MVZ Birkenallee trotz des zusätzlichen Supervisionsaufwands der Ärzte **zwischen 8,2 und 9,7 Arzt-VZÄ** substituiert – Arzt-VZÄ, die in der Region nicht vorhanden sind. Dadurch wird eine Versorgung ermöglicht, die andernfalls entweder gar nicht erreichbar wäre oder von den Patienten nur außerhalb der Region mit erheblichen Fahrtwegen in Anspruch genommen werden müsste.

Diese Größenordnung ergibt sich aus

- **4,0 bis 4,8 VZÄ** delegationsfähigen EBM-Leistungen,

- **2,0 bis 2,3 VZÄ** in sechs intern erhobenen Tätigkeitsbereichen und

- **2,2 bis 2,6 VZÄ** weiteren delegierbaren Aufgaben (z. B. Dokumentation, Telefonate, Koordination, Verlaufskontrollen).

Das Modell schafft damit klare Entlastungseffekte für die Ärztinnen und Ärzte und erweitert gleichzeitig die Versorgungskapazität der Praxis erheblich.

Entlastung pro PA/NäPA: Auf Basis des gesamten Entlastungsvolumens von 8,2 bis 9,7 Arzt-Vollzeitstellen durch die insgesamt 14 Delegationskräfte (elf PAs und drei NäPAs) ergibt sich konservativ gerechnet eine durchschnittliche Entlastung von **0,58 bis 0,69 Arzt-Vollzeitstellen pro PA/NäPA.** Inklusive der weiteren Übernahme von ergänzenden Aufklärungen und der Beantwortung von Rückfragen der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen kann davon ausgegangen werden, dass weitergebildete Praxisassistenzberufe nach dem Modell des MVZ Birkenallee unter ärztlicher Supervision im Schnitt rund **65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens** von Hausärztinnen und -ärzten ersetzen können.

FAZIT: Weitergebildete Gesundheitsberufe können nach dem Modell des MVZ Birkenallee unter ärztlicher Supervision rund 65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärztinnen und -ärzten ersetzen.

2.4. Entlastungsrechnung auf Basis der Daten der Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn)

Die Praxis Hausärzte am Spritzenhaus ist eine mittelgroße ländliche Hausarztpraxis mit **3,6 Arzt-VZÄ in Baden-Württemberg** und mit einem **sehr hohen Anteil an Patientinnen und Patienten, die in HzV-Verträge eingeschrieben sind**. Sie versteht sich als Umsetzungsmodell des Konzepts der HÄPPI-Praxen (HÄPPI steht für „Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell"), das von einer Arbeitsgruppe des HÄV Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt wurde.[34]

Die Praxis basiert zusätzlich zur Delegation auf einem ungewöhnlich **hohen Digitalisierungsgrad**. Neben vollständig digitalisierten Verwaltungs- und Kommunikationsprozessen nutzt die Praxis KI-gestützte Transkriptions- und Dokumentationssysteme, die nach Autorisierung durch die Ärztin bzw. den Arzt ärztliche und nichtärztliche Patientengespräche automatisiert erfassen und strukturiert zusammenfassen (vgl. die näheren Angaben in Kap. 2.1.2).

Diese digitale Unterstützung wirkt ergänzend zum Delegationsmodell und trägt zur Entlastung der Arbeitszeit bei. Die Kombination aus Delegation (PAs/NäPAs) und Digitalisierung sowie die Finanzierung über HzV-Verträge prägt die Organisationslogik der Praxis.

2.4.1. Patienten- und Chronikerprofil

Die Praxis versorgte im untersuchten Quartal 1/2025 6.542 Patienten. Für diese wurden insgesamt 7.662 persönliche Patientenkontakte dokumentiert. Dies umfasst alle persönlichen Kontakte im Sprechzimmer – durch Ärzte, PAs oder MFAs. Die Kontaktzahlen wurden aus dem modernen Praxisverwaltungssystem ausgelesen, das eine detaillierte Analyse der tatsächlichen Versorgungsvorgänge ermöglicht, einschließlich Kontaktmustern, Beteiligung einzelner Berufsgruppen und Nutzungshäufigkeit verschiedener Leistungsarten. Die Kontaktverteilung lautet:

- 4.640 persönliche Kontakte mit ärztlicher Beteiligung
- 977 persönliche Kontakte primär mit PAs
- 2.045 persönliche Kontakte primär mit NäPAs (hier durch weitergebildete VERAHs erbracht)

Diese Kontaktstruktur verdeutlicht, dass NäPAs bzw. VERAHs sowie die PAs mit 39 % einen erheblichen Anteil der direkten Patientenkontakte übernehmen.

Der Chronikeranteil liegt – auf Basis kombinierter KV- und HzV-Daten – bei 65 % (vgl. Tab. 2). Im Vergleich zum MVZ Birkenallee (53 %) ist dieser Wert deutlich höher, was sich aber durch den sehr hohen HzV-Anteil der Praxis erklären lässt. In der HzV erfolgt eine andere Chronikerdefinition als in der KV-Regelversorgung.

2.4.2. Delegationsmodell

Das Delegationsmodell der Praxis ist weniger umfassend als im MVZ Birkenallee. Die Praxis verfügt über folgende nichtärztliche Versorgungsstruktur:

- **ein PA in Vollzeit** (wie oben schon angegeben seit Herbst 2025 drei voll ausgebildete PAs)
- **ein PA-Student,** der realistisch mit 20 % Arbeitsanteil berücksichtigt wird
- **sechs VERAHs/NäPAs**, die mit 4,5 VZÄ einen wichtigen Teil der aufsuchenden Versorgung übernehmen

Der PA übernimmt vorrangig folgende Tätigkeiten innerhalb der Praxis:

- Akuttermine (die Praxis ist eine reine Bestellpraxis, die allerdings taggleiche Termine vergibt, die dann zu 50 % zunächst von dem PA wahrgenommen werden)
- Verlaufskontrollen
- Unterstützung bei der Betreuung chronisch Kranker

34 Vgl. HÄVBW (2026b)

- Präventionsleistungen
- punktuelle Beteiligung an Pflegeheimvisiten

Hausbesuche werden überwiegend durch VERAHs/NäPAs sowie teilweise durch Ärzte durchgeführt:

- VERAHs übernehmen Routinehausbesuche im Zwei- bis SechsWochenRhythmus
- VERAHs führen auch akute Hausbesuche bei bekannten Patientinnen und Patienten durch (z. B. Blutabnahme, klinische Einschätzung)
- Ärztinnen und Ärzte übernehmen komplexere Fälle

Langzeit-RRs, Langzeit-EKGs, Spirometrien und Belastungs-EKGs werden durch MFAs durchgeführt.

2.4.3. Digitale Unterstützung (automedic-App und KI-Dokumentation)

Die Praxis nutzt die Patienten-App „automedic“ zur Entlastung der MFAs und der Ärzte. Die App ermöglicht:

- Terminvergabe
- Bestellung von Wiederholungsrezepten durch Patientinnen und Patienten
- Anforderung von Überweisungen
- gesicherte Nachrichtenübermittlung mit der Praxis

Die App dient der digitalen Prozessoptimierung, nicht der medizinischen Steuerung. Sie enthält keine Triage- oder Entscheidungslogik, verringert aber den Kommunikations- und Verwaltungsaufwand. Die digitalen Prozesse wirken damit indirekt entlastend, insbesondere für die MFAs.

Zudem werden Patientengespräche automatisiert transkribiert und KI-gestützt strukturiert (vgl. die Angaben zu Kap. 2.1.2).

2.4.4. Leistungsprofil der Praxis (EBM- und HzV-basiert)

Die Analyse der abgerechneten Leistungen zeigt ein im Vergleich zum MVZ Birkenallee deutlich fokussierteres Leistungsprofil. Viele der tatsächlich erbrachten Leistungen erscheinen jedoch nicht in der EBM-Statistik, da sie im Rahmen der HzV-Pauschalen abgegolten werden. Besonders betroffen sind Chronikerbetreuung, Verlaufs- und Präventionsleistungen sowie Teile der Dokumentation und Koordination. Eine vollständige Quantifizierung dieser Leistungsanteile wäre nur durch detaillierte Auswertungen des Praxisverwaltungssystems möglich – dies würde jedoch den Rahmen der vorliegenden Analyse überschreiten. Wesentliche Merkmale sind:

- **Psychosomatische Versorgung:** Es gibt einen sehr hohen Leistungsumfang – deutlich höher als im MVZ Birkenallee.
- **Hausärztliche Basisleistungen:** Versichertenpauschalen, problemorientierte Gespräche und Chronikerziffern dominieren das Kodierverhalten.
- **Technische Diagnostik:** Sie wird in der HzV nicht separat erfasst, allerdings hat die Praxis laut Eigenangaben zwei Langzeit-EKGs und sechs Langzeit-Blutdruckgeräte, die ständig (mit Warteliste) und teilweise auch am Wochenende im Einsatz sind.
- **Labor:** Die KV-Abrechnung zeigt fast keine Laborziffern, da fast alle Laboruntersuchungen, anders als in dem MVZ Birkenallee, durch ein externes Labor durchgeführt werden. Die PVS-Daten belegen jedoch, dass 2.024 Patienten mindestens eine Laboruntersuchung im Quartal hatten.
- **DMP:** Im Quartal gibt es einen relevanten Leistungsumfang. DMP-Dokumentationen und Verlaufskontrollen sind damit ein zentrales Element der delegationsfähigen Routinen.

2.4.5. Abgeleitete Entlastung durch Delegation

Auf Basis der Kontaktzahlen, der Besuchsfrequenzen, der Aufgabenstruktur sowie realistischer Zeitanteile pro delegierbare Tätigkeit an PAs sowie an VERAHs oder NäPAs lässt sich folgendes Gesamtbild ableiten:

Die geschätzte Gesamtentlastung umfasst 3,4 bis 4,1 Arzt-VZÄ pro Quartal, d. h. 0,6 bis 0,7 Arzt-VZÄ pro Delegationskraft.

1. Entlastung durch PAs

Die 1,2 PA-VZÄ übernehmen 977 persönliche Kontakte sowie zusätzliche delegierbare Verlaufstätigkeiten. Auf Basis realistischer Zeitersparnisse pro Kontakt und zusätzlicher delegierbarer Tätigkeiten ergibt sich ein Entlastungsvolumen von rund **350 bis 450 Stunden pro Quartal**, entsprechend etwa **0,6 bis 0,8 ArztVZÄ pro Kraft**.

2. Entlastung durch VERAHs/NäPAs

Die **4,5 VERAHs bzw. NäPAs** übernehmen einen wesentlichen Anteil der aufsuchenden Versorgung und der strukturierten Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Dazu gehören

- Routinehausbesuche im zwei- bis sechswöchigen Rhythmus,
- Akutbesuche bei bekannten Patientinnen und Patienten,
- klinische Ersteinschätzungen,
- Wundkontrollen und Blutentnahmen,
- technische Untersuchungen wie Langzeit-RRs, Langzeit-EKGs, 12-Kanal-EKGs, Spirometrien und Ergometrien sowie
- strukturierte Chronikerkontrollen/DMP.

Unter Berücksichtigung der Patientenstruktur und realistischer Fallhäufigkeiten ergibt sich ein substituierbares Arztzeitvolumen von **289 bis 333 Stunden pro VERAH/NäPA und Quartal**, was insgesamt einer Entlastung von etwa **0,6 bis 0,7 ArztVZÄ** pro eingesetzter Delegationskraft entspricht.

Ergänzend wirken digitale Prozessverbesserungen unterstützend, sind aber nicht Teil der hier vorgelegten Entlastungsrechnung. Durch KI-gestützte Dokumentation, elektronische Rezept- und Überweisungsanforderungen sowie reduziertes Telefonaufkommen werden zusätzliche Effizienzgewinne geschaffen und entlasten sowohl ärztliches als auch nichtärztliches Personal.

2.4.6. Zusammenfassung

Die Praxis Hausärzte am Spritzenhaus verfügt über ein Versorgungskonzept, das im Kern auf Delegation basiert: auf der Integration von PAs sowie einer starken VERAH/NäPA-Struktur.

Wesentliche Punkte:

- **PA und PA-Student** übernehmen definierte Verlaufs- und Betreuungstätigkeiten (ca. 0,7 bis 0,9 Arzt-VZÄ).
- **VERAHs/NäPAs** entlasten insbesondere durch Routine- und Akutbesuche sowie Chronikerbetreuung (ca. 2,7 bis 3,1 Arzt-VZÄ).
- **Gesamtentlastung:** 3,4 bis 4,1 ArztVZÄ auf 5,7 Kräfte, **d. h. 0,60 bis 0,71 pro Delegationskraft**

Ergänzend ermöglichen digitale Prozessverbesserungen z. B. in Dokumentation und Administration weitere relevante Effizienzgewinne, ohne dass diese hier separat quantifiziert werden.

FAZIT: Weitergebildete Arztassistenzberufe können nach dem Modell der Hausärzte am Spritzenhaus unter ärztlicher Supervision zwischen 60 % und 71 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärztinnen und -ärzten übernehmen.

2.5. Vergleich des Leistungsprofils der beiden Innovationspraxen

Der Vergleich zeigt klare strukturelle Unterschiede, die vor allem durch das unterschiedliche Delegationsniveau und die damit verbundene Organisation der Versorgung sowie durch die Kooperation mit externen Facharztpraxen und z. T. den Ersatz ansonsten fachärztlicher Leistungen geprägt sind. Während das MVZ Birkenallee Delegation als integralen Bestandteil seiner Versorgungslogik nutzt, ist das Delegationspotenzial bei den Hausärzten am Spritzenhaus eher organisatorisch ausgerichtet und stärker mit einer digitalen Entwicklung gekoppelt.

1. **Breite des Leistungsspektrums und Delegationslogik**

   - **MVZ Birkenallee:** Es gibt ein sehr breites Spektrum, inklusive Wundversorgung, Geriatrie, technischer Diagnostik und mobiler Versorgung; viele dieser Tätigkeiten sind standardisiert und daher gut delegierbar.

   - **Praxis Spritzenhaus:** Die Praxis ist stärker gesprächs- und betreuungsorientiert. Die Delegation konzentriert sich mehr auf Akut-, Verlaufs- und Routinekontakte.

2. **Technische Diagnostik als Delegationstreiber**

   - Das **MVZ Birkenallee** führt durch die höhere Fallzahl ein Vielfaches an EKG-, Spirometrie- und anderen technischen Leistungen durch. Diese Tätigkeiten sind gut delegierbar und werden dort überwiegend durch MFAs bzw. PAs erbracht.

   - Die **Praxis Spritzenhaus** legt den Schwerpunkt auf Langzeit-Monitoring (zwei Langzeit-EKGs, sechs Langzeit-RRs) sowie Spirometrie und Ergometrie. Organisatorische Schritte (Anlage/Instruktion/Rücklauf, Dokumentationsvorbereitung) sind gut delegierbar.

3. **Laborleistungen**

   - Im **MVZ Birkenallee** gibt es mehr als 7.000 Laborvorgänge im EBM, überwiegend durch MFAs bzw. PAs erbracht; bei diesem hohen Volumen lohnt sich die interne Laborausstattung für die Grundleistungen (bis auf die S3-Leistungen). Sie ermöglicht schnelle Ergebnisse und damit zügige medizinische Entscheidungen direkt in der Versorgungssituation. Zu einem kooperierenden Fachlabor (Prof. Dr. Cullen) besteht zusätzlich eine direkte Chat-Austauschebene zur Beratung und beschleunigten therapeutischen Entscheidung.

   - Die **Praxis Spritzenhaus** hat fast keine abgerechneten Laborvorgänge im EBM – aber über 2.000 Laborpatientinnen und -patienten laut PVS. Der Unterschied entsteht durch die fast vollständige Delegation an die Laborgemeinschaft Freudenstadt (zweimal täglich wird laut Eigenangaben das Blut abgeholt und die Praxis erhält sowohl vormittags als auch nachmittags die Ergebnisse taggleich). Die Labordurchführung liegt somit bis auf die Blutabnahme komplett außerhalb der hausärztlichen Praxis. Dies ist nicht zuletzt auch eine Folge der starken HzV-Teilnahmequote. In der HzV werden die Grundleistungen direkt an das Labor gezahlt und nicht mit der Kasse abgerechnet.

4. **Ersatz fachärztlicher Leistungen und telemedizinische Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten**

   - Das **MVZ Birkenallee** erbringt mit spezialisierten PAs in Kooperation mit Facharztpraxen sowie Fachärztinnen und -ärzten in Kliniken und unter deren Supervision ein erhebliches Maß an diagnostischen Leistungen, die aufgrund des Hausarztstatus der Praxis nicht KV-abrechnungsfähig sind.

   - Die **Praxis Spritzenhaus** konzentriert sich auf die internen organisatorischen Optimierungen und kann eher auf nahe gelegene Facharztpraxen zurückgreifen.

Delegationsrelevanz: Während das MVZ Birkenallee intern delegiert, delegieren die Hausärzte am Spritzenhaus extern. Beide Modelle entlasten ärztliche Zeit in ähnlichem Ausmaß, aber in unterschiedlicher Ausprägung.

2.6. Vergleich der Innovationspraxen mit drei Standardpraxen

Die drei als Vergleich herangezogenen Standardpraxen sind ländlich gelegene hausärztliche, kommunal getragene MVZs mit im Durchschnitt drei ärztlichen VZÄ. Sie versorgen 3.251 Patientinnen und Patienten im Messzeitraum des ersten Quartals 2025. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Versorgungslast von 1.084 Patienten pro Arzt und Quartal, was über dem von der KBV ausgewiesenen Bundesdurchschnitt von 916 Patienten pro Arzt liegt. Der Bundesdurchschnitt enthält aber zahlreiche Ausreißer nach unten (z. B. Teilzeit-

und Kleinstpraxen). Die Praxen mit ihren 1.084 Patienten pro Arzt bilden daher einen realistischen Maßstab für vollzeitnahe Regelversorgung.

Der **Chronikeranteil liegt bei rund 52 %** und entspricht damit in etwa dem, was für ländliche Regionen zu erwarten ist. Die Patientenstruktur unterscheidet sich damit nicht grundlegend von den Innovationspraxen. Unterschiede in der Versorgungskapazität lassen sich daher nicht primär durch die Morbidität oder Patientenzusammensetzung, sondern vor allem durch organisatorische Faktoren erklären.

Hinsichtlich des Personalmixes weisen die Standardpraxen eine klassische, arztzentrierte Struktur auf. PAs sind nicht vorhanden, und NäPAs/VERAHs werden nur punktuell eingesetzt. Delegierbare Leistungen werden überwiegend weiterhin ärztlich erbracht, insbesondere in der technischen Diagnostik, der Geriatrie und der Chronikerbetreuung. Entsprechend liegt der **geschätzte Anteil delegierter Leistungen lediglich bei 5 bis 10 %**, was sich auch in der geringen rechnerischen Entlastung von 0,2 bis 0,3 Arzt-VZÄ pro Praxis widerspiegelt.

Damit bilden die Standardpraxen einen belastbaren Referenzrahmen für die Regelversorgung, an dem sich die Effekte strukturierter Delegationsmodelle in den Innovationspraxen vergleichen lassen. Die Standardpraxen repräsentieren eine durchschnittliche hausärztliche Versorgungsrealität ohne ausgeprägte Delegationsstrukturen.

Delegationsanteile in den Standardpraxen: Eine Auswertung der EBM-Leistungen zeigt, dass in den hier zum Vergleich aufgeführten Standardpraxen nur ein geringer Teil der Leistungen durch NäPAs übernommen wird. Delegierbare Tätigkeiten – etwa Aufzeichnung von Langzeit-EKGs, Langzeit-RRs und Spirometrien oder ausgewählte psychosomatische Gespräche – weisen moderate NäPA-Anteile auf. Die meisten Leistungen werden jedoch vollständig oder überwiegend ärztlich erbracht. Tätigkeiten wie Hausbesuche durch NäPAs (EBM-Ziffern 03062/38100/38105 „NäPA-Hausbesuch“ und 37113 „Hausbesuch in der spezialisierten Versorgung“) treten zwar auf, haben aber ein deutlich geringeres Volumen als in Praxen mit strukturiertem Delegationsmodell. Diese Muster bestätigen die stark arztzentrierte Versorgungslogik der Standardpraxen und verdeutlichen die Unterschiede im Delegationsniveau gegenüber dem MVZ Birkenallee und der Praxis Spritzenhaus.

Tabelle 5 verdeutlicht die möglichen Varianten in der Art und Intensität der Delegation und zeigt, wie stark Delegationsmodelle die Versorgungskapazität prägen.

Tabelle 6 fasst die in den beiden Innovationspraxen ermittelten Entlastungseffekte zusammen und stellt diese den Werten der betrachteten Standardpraxen gegenüber. Dargestellt ist die durchschnittliche ärztliche Entlastung pro eingesetzter Delegationskraft (PA/NäPA) auf Basis der in Kapitel 2 analysierten Leistungs- und Tätigkeitsdaten.

Über beide Innovationsstandorte gemittelt ergibt sich:

- **Die durchschnittliche Entlastung, auf Delegationskräfte (PAs/NäPAs) bezogen, beträgt ca. 65 % einer Vollzeit-Arztstelle.**
- **Oder anders ausgedrückt: In einer Minderversorgungsregion können Hausärztinnen und -ärzte**

TABELLE 5 **Delegationsanteile in zentralen Leistungsbereichen – Vergleich der Praxistypen**

Leistungsbereich	MVZ Birkenallee (Papenburg)	Hausärzte am Spritzenhaus (Baiersbronn)	Standardpraxen
Gesamt delegierte Leistungen	65 %	52 %	8 %
Geriatrie	60 %	65 %	10 %
Wundversorgung	85 %	98 %	5 %
Technische Diagnostik	75 %	65 %	5 %
Hausbesuche	98 %	65 %	15 %

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

TABELLE 6 **Gemittelte Entlastungseffekte beider Innovationspraxen**

Praxis	Delegationskräfte	Entlastung pro PA/NäPA
MVZ Birkenallee	**14** (11 PAs, 3 NäPAs)	58–69 %
Hausärzte am Spritzenhaus	**5,7** (1 PA + 0,2 PA-Stud. + 4,5 VERAHs bzw. NäPAs)	60–71 %
Standardpraxen	**1,5** NäPAs	2–4 %

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

ihre Versorgungskapazität (hier der Durchschnittssatz von 916 Patientinnen und Patienten pro Arzt-VZÄ angenommen) durch die Konzentration ihrer Tätigkeit auf die 35 % nicht delegierbaren Leistungen (inklusive der Supervision) und den Einsatz von drei Delegationskräften auf bis zu 2.617 Patientinnen und Patienten steigern, d. h. um 186 %.

Dieser Wert ist sehr wahrscheinlich noch nicht die Endstufe möglicher Entlastungen. Beide Innovationspraxen berichteten im persönlichen Gespräch, dass sie sich weiterhin in einem Lern- und Entwicklungsprozess befinden, und glauben, die Arbeitsteilung auch aufgrund der zunehmenden Erfahrung der PAs bzw. NäPAs und bei einem weiter verstärkten Einsatz von KI und digitaler Unterstützung noch weiter ausbauen zu können.

RECHENBEISPIEL FÜR EINE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Für das Beispiel unterstellen wir eine Gemeinschaftspraxis von **drei Vollzeitärzten**, die heute im Schnitt je 1.000 Patientinnen und Patienten versorgen. Sie stellt jetzt zusätzlich eine Kombination aus **1 PA und 1,5 NäPAs bzw. VERAHs** ein (hier der Einfachheit jeweils ebenfalls als Vollzeitstellen angenommen) und delegiert nach einer gezielten Planung standardisierbare Aufgaben und gut wiederkehrende Abläufe an sie. Auf Basis des Arbeitswerts von 65 % Entlastung pro Delegationskraft entspricht dies rechnerisch einem Gewinn an ärztlicher Versorgungskapazität von rund 1,6 Arzt-VZÄ (2,5 x 0,65).

Typische delegationsfähige Arbeiten für das Rechenbeispiel sind:

- technische Diagnostik (z. B. EKG, Langzeit-RR, Spirometrie): 0,3–0,4 Arzt-VZÄ
- Chroniker-/DMP-Betreuung (Messwerte, strukturierte Kontrollen, Dokumentation): 0,5–0,6 Arzt-VZÄ
- Hausbesuche (Routine- und definierte Akutfälle unter Supervision): 0,2–0,4 Arzt-VZÄ
- Dokumentation/Koordination (Vorbereitung, Nachbereitung, Recall, Befundmanagement): 0,2–0,3 Arzt-VZÄ
- Krankheitsbewältigung/Lebensstilunterstützung für die Patientinnen und Patienten, Prozesskontrolle, PREMs, Qualitätsmanagement: 0,2–0,3 Arzt-VZÄ

Insbesondere in Regionen mit mangelhafter Versorgung oder Unterversorgung und Aufnahmestopp der vorhandenen Praxen **können damit zusätzlich zu den 3.000 bisher bereits versorgten Patientinnen und Patienten weitere 1.600 versorgt werden**. Durch die Delegation könnte aber auch die alte Patientenzahl weiter versorgt werden, wenn etwa ein Kollege in den Ruhestand wechselt und kein Ersatz gefunden werden kann.

In Summe ergibt sich daraus eine realistisch übertragbare Entlastung von 1,4 bis 2,0 Arzt-VZÄ. Die Entlastung bewegt sich in dieser Spanne, je nachdem, welche Leistungsblöcke in der Praxis tatsächlich in relevantem Umfang anfallen und wie konsequent Prozesse organisiert sind.

FAZIT: Weitergebildete Gesundheitsberufe können in verschiedenen Varianten eingesetzt werden und rund 65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärztinnen und -ärzten ersetzen. Oder anders ausgedrückt: Rechnerisch können Hausärztinnen und -ärzte ihre Versorgungskapazität in Minderversorgungsregionen durch den Einsatz von Delegationskräften um fast bis zu 200 % steigern.

Durch die organisierte Übernahme standardisierbarer Aufgaben sinkt entweder der ansonsten erforderliche zusätzliche ärztliche Zeiteinsatz, oder es können – und dies würde insbesondere in Regionen mit mangelhafter oder Unterversorgung naheliegen – zusätzliche Patienten versorgt werden. Die Standardpraxen arbeiten überwiegend arztzentriert und verfügen kaum über PAs oder NäPAs.

Dadurch entstehen deutliche Unterschiede bei Delegationsmöglichkeiten und in der Versorgungskapazität:

- **stärker arztgebundene Praxislogik**, die weniger Spielräume für Delegation bietet
- **weniger delegierte Leistungen**, was die ärztliche Arbeitszeit stärker beansprucht
- **eine geringere Zahl versorgter Patienten pro Arzt (bzw. pro Praxis)**

Im Vergleich dazu zeigen das MVZ Birkenallee und die Praxisgemeinschaft der Hausärzte am Spritzenhaus, welches Potenzial durch strukturiert eingesetzte Delegation freigesetzt werden kann. Delegation wirkt sich dabei in zwei Dimensionen aus:

1. **quantitativ** – höhere Zahl behandelter Patienten pro Arzt-VZÄ
2. **qualitativ** – erweiterte Versorgungstiefe durch intern erbrachte Leistungen (z. B. Diagnostik, Wundversorgung, geriatrische Assessments und, zumindest laut persönlicher Mitteilung zur Arbeit des MVZ Birkenallee, die Durchführung von telemedizinisch fachärztlich supervidierten Untersuchungen, z. B. rheumatologisch, kardiologisch, pädiatrisch, dermatologisch, opthalmologisch)

2.7. Übertragbarkeit der Ergebnisse

Die Ergebnisse legen nahe, dass sich bestimmte Ansätze zur Entlastung der ärztlichen Arbeit wiederholt bewähren. Damit stellt sich die Frage, ob diese nicht auch in vielen anderen hausärztlichen Praxen eingesetzt werden können.

Delegierbare Leistungsbereiche: Die analysierten Aufgabenbereiche, die den Großteil der Entlastung ausmachen, sind standardisiert, routinenah und in nahezu allen hausärztlichen Praxen vorhanden:

- technische Diagnostik (EKG, Langzeitparameter, Spirometrie)
- geriatrische Assessments und Chronikerkontrollen
- DMP-Dokumentation und verlaufsorientierte Untersuchungen
- Hausbesuche und aufsuchende Versorgung
- Krankheitsbewältigung/Lebensstilunterstützung für die Patienten
- administrative Tätigkeiten wie Dokumentation und Koordination

FAZIT: Delegation und Digitalisierung verlagern Routinetätigkeiten aus der Arztzeit. So entsteht mehr Kapazität für ärztliche Kernaufgaben.

Diese Tätigkeiten können systematisch an PAs, NäPAs bzw. VERAHs oder andere Personen, die dafür qualifiziert und ggf. auch darauf spezialisiert sind, delegiert werden. Ein besonderes Beispiel unter den o. g. Aufgabenbereichen bilden dazu die **DMP**, die selbst bereits in hohem Maße standardisiert sind und sich insofern gut für eine Delegation eignen. Sie werden allerdings – trotz extrabudgetärer Bezahlung – nur teilweise genutzt, wie die Einschreibequoten der langjährig etablierten DMP zeigen (Tabelle 7).

TABELLE 7 **Einschreibequoten in Disease-Management-Programme weisen auf ungenutzte Potenziale von Versorgungsoptimierung hin**

2023	Diabetes II	KHK	Asthma	COPD
Anzahl der ICD-Kodierungen	7.030.488	4.235.806	4.159.793	2.635.202
Anzahl der DMP-Einschreibungen	4.507.729	1.887.848	1.070.658	700.913
Mittlere bundesdeutsche Quote der Einschreibungen	64,1 %	44,6 %	25,7 %	26,6 %

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung mit den Zahlen aus KBV-Qualitätsbericht und Zi-Versorgungsatlas. | BertelsmannStiftung

Entlastung durch digitale Unterstützung: Prozesse wie die digitale Anforderung von Rezepten und Überweisungen, digitale Kommunikation oder automatisierte Verwaltungsabläufe tragen insbesondere bei den Hausärzten am Spritzenhaus zusätzlich zur Entlastung bei. Diese Entlastung entsteht unabhängig vom Qualifikationsmix und ist daher grundsätzlich auf alle Praxisformen übertragbar. Digitale Prozesslösungen verkürzen Ablaufzeiten, reduzieren Rückfragen und ermöglichen klar definierte Workflows.

2.8. Weitere Pilotlösungen und Projekte mit Delegationserfahrungen

Zum Vergleich werden hier noch zwei weitere Lösungen vorgestellt, die mit Delegation und dem Einsatz von PAs/NäPAs arbeiten bzw. gearbeitet haben. Sie zeigen, dass auch andernorts und nicht nur in den beiden Innovationspraxen an Konzepten zu Delegationslösungen gearbeitet wird. Anders als in den weiter vorne dargestellten Praxen wurden für diese Lösungen im Rahmen der hier vorgelegten Studie keine Detailauswertungen gemacht. Das Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich“ der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) verweist zusätzlich bereits darauf, welche Herausforderungen sich an eine Transformation der Arbeitsweise stellen. Auch LillianCare berichtete im persönlichen Gespräch, dass die Veränderung der Arbeitsorganisation intensiver Anstrengungen bedurfte.

2.8.1. LillianCare

Die auf der Grundlage einer gemeinnützigen Gesellschaft zur psychosozialen Hilfe für traumatisierte Geflüchtete gegründete MVZ-Trägergesellschaft LillianCare GmbH arbeitet mit eigenen MVZs sowie zusammen mit unter ihrem Logo auftretenden Partnerpraxen, die sich im Besitz von freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten befinden, die aber über Lizenzverträge mit LillianCare verbundenen sind. Die LillianCare GmbH beschreibt ihre Arbeit auf ihrer Website lillian-care.de mit folgenden Worten:

> *„LillianCare hat auf Basis interprofessioneller Aufgabenteilung und moderner Technologien ein Praxis-Konzept entwickelt, um im Schulterschluss mit KVen und Kommunen Vorort-Praxen für die hausärztliche Versorgung zu unterstützen. Dabei stellt LillianCare den angestellten Ärzten die Praxisräume, Infrastruktur, Technologie und ein qualifiziertes Team zur Verfügung. Die Ärztinnen und Ärzte behandeln hybrid, sowohl in der Praxis vor Ort als auch per Video aus dem häuslichen Homeoffice.*
>
> *Im Mittelpunkt steht die ärztliche Zusammenarbeit mit PAs und Nurses, die ihrer Ausbildung entsprechend mehr Behandlungsverantwortung und eigene Gestaltungsspielräume erhalten. Die (telemedizinische) ärztliche Supervision stellt zugleich die Behandlungsqualität sicher.*
>
> *LillianCare bringt eine neue allgemeinmedizinische Versorgung dahin, wo sie dringend gebraucht wird: In ländlich-unterversorgte Regionen. Gemeinsam mit regionalen Akteuren, Kommunen, Krankenkassen und KVen löst der innovative Dreiklang aus Physician Assistants (PA) bzw. Nurses – Technologie – Ärzten das grundsätzliche Problem und befördert darüber hinaus die notwendige Aufwertung qualifizierter Nurses, die medizinische Aufgaben in der Primärversorgung übernehmen.“*

Der Ablauf gestaltet sich nach Ausführungen des Geschäftsführers Linus Drop wie folgt:

- Alle Patientinnen und Patienten durchlaufen bei der Terminbuchung eine kurze, strukturierte Pre-Anamnese – entweder über die LillianCare-App, die Website oder telefonisch über den KI-basierten Bot von LillianCare.

- Diese Pre-Anamnese ist entscheidend, weil damit die Planung in den Partnerpraxen präzise gesteuert werden kann. Idealerweise werden mit der Pre-Anamnese maximal fünf Fragen pro Symptom gestellt: Damit sollen zwei Dinge herausgefunden werden:

  - Wer soll initial behandeln – Ärztin/Arzt oder PA?

  - Wie viel Zeit wird die Behandlung sehr wahrscheinlich benötigen?

  Die KI-Logik basiert nach Aussage des Geschäftsführers mit Datum vom 7.12.2025 auf mittlerweile über 20.000 realen Behandlungsfällen (allein 11.200 Behandlungsfälle 2025). Dabei verfeinern die KI laufend die „Mechanik". Nur in ca. 3 % der Fälle erkennt sie laut eigenen Angaben die oder den passende(n) Behandelnde(n) nicht korrekt. Auch die durchschnittlichen Zeitbedarfe pro Fall messen und aktualisieren sie kontinuierlich.

- Nach Abschluss der Pre-Anamnese wird der Termin automatisch im System eingebucht – entweder bei der Ärztin bzw. dem Arzt oder beim PA. Wenn der Termin einem PA zugewiesen wird, arbeitet dieser streng entlang einer Standardarbeitsanweisung (SOP) bzw. Checkliste, die im LillianCare-Praxisverwaltungssystem abgebildet ist. Dort sind auch „Red Flags" definiert: Sobald eine davon auftritt, wird die Patientin bzw. der Patient sofort an die Ärztin bzw. den Arzt übergeben.

- Kann der PA den Fall ohne Red Flags abschließen, folgt am Ende zwingend eine Supervision: Die Ärztin bzw. der Arzt kommt für ein bis zwei Minuten dazu (persönlich oder per Video), bespricht den Fall kurz und trifft auf Basis eines Dashboards die medizinischen Kernentscheidungen (Diagnose, Therapie). Die Supervisionszeit wird zum Gesamtzeitbedarf hinzuaddiert.

LillianCare spricht von „hybriden Hausarzt-Praxen", für die sie pro Praxis eine Ärztin bzw. einen Arzt, einen PA und drei MFAs planen würden. Die Ärztin bzw. der Arzt sei dabei in jede Behandlung involviert. Aktuell hätten sie sechs Praxen mit etwas über 11.000 behandelten Patientinnen und Patienten, drei weitere Praxen würden im Januar 2026 öffnen. 58 % der Behandlungen erfolgten durch PAs und 94 % der Patientinnen und Patienten seien mit der medizinischen Behandlung zufrieden. LillianCare lege bei der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für ländliche Regionen Wert auf das Versprechen, dass diese zwei Tage pro Woche im Homeoffice arbeiten können.

LillianCare plant sein Wachstum mithilfe eines Modells von Partnerpraxen, die von Ärzten als MVZs gegründet und betrieben werden, wo aber LillianCare sowohl die Hard- und Software als auch die Verwaltung stellt, die Praxisräume anmietet, das Marketing organisiert und das PA-Konzept und die SOPs verantwortet.

2.8.2. KVWL und das Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich"

Die KVWL führte zwischen 2023 und 2025 ein Modellprojekt unter der Bezeichnung „Physician Assistants im ambulanten Bereich" durch.[35] Zehn Praxen, bei denen zu Projektbeginn ein PA neu eingestellt wurde, nahmen an dem Projekt teil. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) legte im März 2025 einen Abschlussbericht zu dem Projekt vor.[36] Aus diesem geht hervor, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zwar ein überwiegend sehr positives Resümee ziehen und auch eine Entlastung bei ihrer Arbeit durch die PAs sehen, sie aber – anders als die oben dargestellten Pilotpraxen – nicht von einer durch die PAs reduzierten ärztlichen Arbeitszeit berichten können.

35 Vgl. KVWL (2025)

36 Vgl. Hagen et al. (2025)

Der **Abschlussbericht** kommt zu folgender Aussage:

> *„Das Modellprojekt der KVWL wird als sehr gut bezeichnet. Aus ärztlicher Sicht sind allerdings bestimmte Rahmenbedingungen wichtig. Hierzu zählen eine (verbesserte) Regelung der Finanzierung der PA-Stellen, das Vorhandensein eines Leitfadens zum Einsatz der PA in der Praxis, die Klärung der PA-Rolle innerhalb der Praxis, spezifische Fortbildungsangebote sowie eine – bereits im Studium – für die Bedürfnisse des ambulanten Bereichs optimierte Ausbildung. Aus ärztlicher Sicht können PAs eine Alternative oder Ergänzung zur Einstellung von Assistenzärzten darstellen, wobei allerdings die besonderen Limitationen der PA-Tätigkeit im Vergleich zu der ärztlichen nicht verkannt werden.“*[37]

37 Hagen et al. (2025), S. 2

3. Was wäre, wenn ...? Simulation der Delegationseffekte auf die aktuelle hausärztliche Versorgung

Für die Kalkulation des Bedarfs an hausärztlichen VZÄ für die Jahre von 2024 bis 2040 nutzt diese Studie das Basisszenario der bisher umfangreichsten vorliegenden Berechnung vom Oktober 2025, entwickelt vom bifg in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung. Statt der Anzahl von Hausärztinnen und -ärzten wird in der vorliegenden Studie die Berechnung der benötigten hausärztlichen VZÄ zugrunde gelegt, um die zunehmenden Teilzeitanstellungen angemessen abzubilden. Danach reduziert sich die Zahl der vorhandenen hausärztlichen VZÄ von 51.407 auf 45.492 im Jahr 2040.[38] Gleichzeitig wird bis zum Jahr 2040 ein Anstieg des Versorgungsbedarfs um 3 % erwartet.

3.1. Berechnung des erwarteten deutschlandweiten Mehrbedarfs an Hausärzten

In der Summe wird entsprechend der Projektion des bifg bei unveränderter systemischer Struktur von einem deutschlandweiten Zusatzbedarf von 6.975 hausärztlichen VZÄ für das Jahr 2040 ausgegangen. Dieser Bedarf entwickelt sich langsam über die Jahre und steigt von 851 im Jahr 2026 über 1.535 im Jahr 2027, 2.156 im Jahr 2028 und 2.705 im Jahr 2029 auf 3.218 im Jahr 2030, um dann auf die o. a. 6.975 im Jahr 2040 zu steigen.

Da davon ausgegangen werden muss, dass die ungleiche Verteilung von Hausärzten auch bei der Deckung des Zusatzbedarfs noch zu Unterversorgungen in einzelnen Regionen führen wird, wird in der folgenden Szenario-Rechnung ein noch einmal höherer Bedarf als Maßstab für eine angestrebte Vollversorgung unterstellt. Dazu werden den o. g. Zusatzbedarfszahlen die heute nicht besetzten 5.000 VZÄ-Arztstellen hinzugerechnet und angenommen, dass diese Zahl über die Jahre gleich bleibt, während der ansonsten aufgrund der Altersentwicklung zu erwartende Schwund ärztlicher Arbeitszeit aber durch die gegenwärtig in den Beruf kommenden Jahrgänge gedeckt wird. Für die vollständige Deckung des Bedarfs an Hausärzten, auch in heute mangelhaft versorgten Regionen, kommt die Bedarfsrechnung damit für das Jahr 2030 auf 8.218 zusätzliche Hausarzt-VZÄ und für das Jahr 2040 auf 11.975 (Tabelle 8). Im Folgenden soll eine Deckung dieses Mehrbedarfs als „**gelungene Vollversorgung**“ bezeichnet werden.

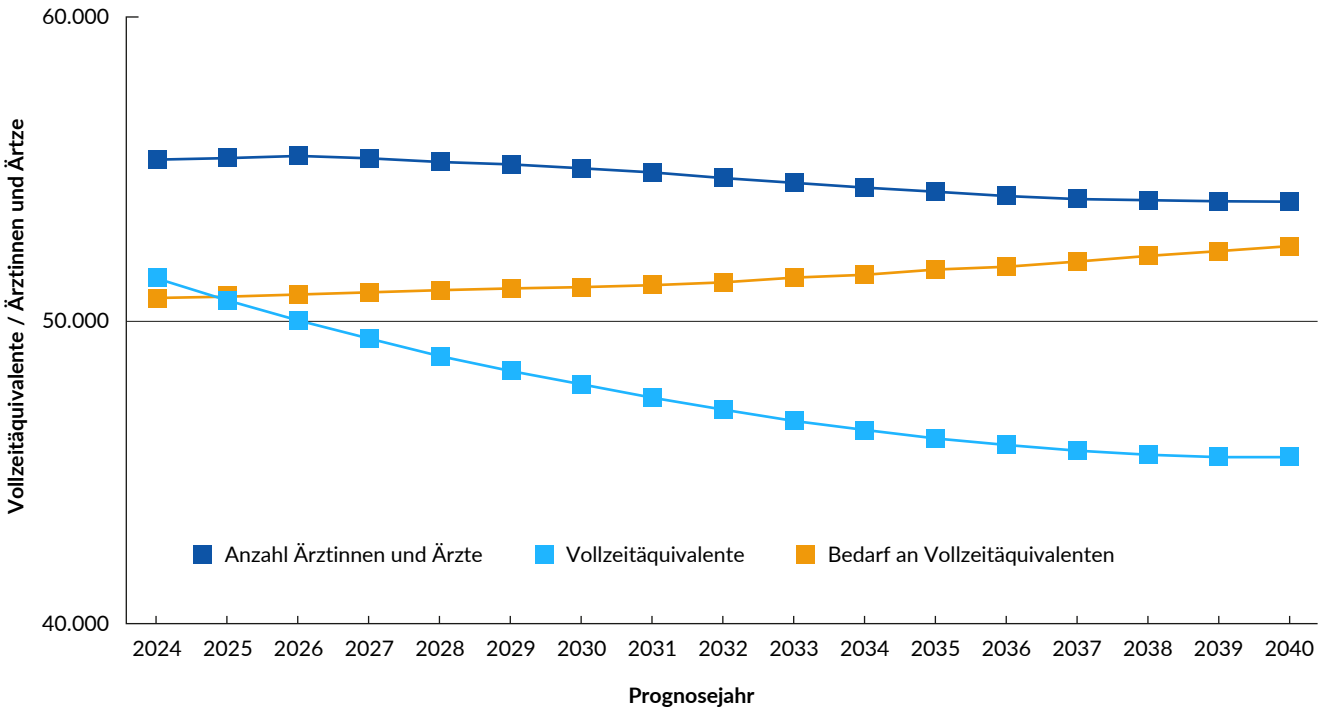
In der Tabelle 9 (s. S. 40) wird unterstellt, dass die Gesamtzahl des Mehrbedarfs an Hausarzt-VZÄ durch den Einsatz von PAs bzw. NäPAs möglichst weitreichend ausgeglichen werden soll.

Für die Bewertung der möglichen Delegation wird der in Kapitel 3 anhand der Innovationspraxen berechnete **durchschnittliche Entlastungsquotient von 0,65** (65 %) verwendet. Danach können weitergebildete Praxisassistenzberufe unter Supervision von Hausärzten in verschiedenen Varianten eingesetzt werden und rund 65 % des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärzten ersetzen.

Für das Jahr 2029 wird dieser Entlastungsquotient auf 67,5 % und für das Jahr 2030 auf 70 % erhöht (für 2040 wurden 75 % unterstellt), da über die nächsten Jahre von einem Produktivitätszuwachs, einem Erfahrungslernen und insbesondere von einer erhöhten digitalen Unterstützung ausgegangen werden muss und die Rechnung der LillianCare-Praxen bereits für heute

38 Vgl. Wende et al. (2025, bifg), S.14

ABBILDUNG 2 **Projizierte Anzahl von Bedarf und Angebot an hausärztlichen Vollzeitäquivalenten und hausärztlich tätigen Personen**



Quelle: Wende et al. (2025, bifg), S. 14: Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040.

BertelsmannStiftung

einen noch höheren Entlastungsquotienten nahelegt. Da nicht damit gerechnet werden kann, dass weitergebildete Praxisassistenzberufe jeweils zu 100 % dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, wird hier eine zusätzliche Beschränkung aufgenommen. Analog zu dem sich erhöhenden Teilzeitanteil und damit der Reduktion der Arbeitszeit der angestellten Ärzte wird hier für PAs oder NäPAs eine **durchschnittliche Teilzeitquote** unterstellt, die mit **0,8 VZÄ** angenommen wird.

Im Ergebnis kommt die Rechnung damit auf einen Bedarf von 14.674 PAs bzw. NäPAs, die für 2030 zur vollständigen Deckung des oben errechneten Mehrbedarfs an hausärztlichen VZÄ und damit für die Situation einer „gelungenen Vollversorgung“ benötigt würden (und knapp 20.000 für das Jahr 2040).

Es stellt sich die Frage, ob diese Zahl an weitergebildeten Praxisassistenzberufen in den nächsten Jahren ausgebildet werden kann und wie viele davon

TABELLE 8 **Mehrbedarf an Hausarzt-Vollzeitäquivalenten über die nächsten Jahre für eine „gelungene Vollversorgung“**

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	...	2040
Heute nicht besetzte Arztsitze	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	...	5.000
Zusatzbedarf laut bifg-Prognose	85	851	1.535	2.156	2.705	3.218	...	6.975
Summe Mehrbedarf „gelungene Vollversorgung“	**5.085**	**5.851**	**6.535**	**7.156**	**7.705**	**8.218**	**...**	**11.975**

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

TABELLE 9 **Kalkulatorischer Bedarf an PAs/NäPAs (zur vollständigen Deckung des Mehrbedarfs an Hausärzten über die nächsten Jahre)**

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	...	2040
Mehrbedarf Hausarzt-VZÄ „gelungene Vollversorgung“	5.085	5.851	6.535	7.156	7.705	8.218	...	11.975
Durchschnittlicher Entlastungsquotient nach Kap. 2	65 %	65 %	65 %	65 %	67,5 %	70 %	...	75 %
Theoretischer Bedarf an PA/NäPA-VZÄ	7.823	9.001	10.053	11.009	11.415	11.740	...	15.966
Annahme zu Teilzeitquote der PA/NäPA	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	...	0,80
Summe Bedarf an PA/NäPA-VZÄ	**9.779**	**11.252**	**12.567**	**13.761**	**14.269**	**14.674**	**...**	**19.958**

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

tatsächlich nach ihrer Ausbildung in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Der DHPA hat zum Ende des Jahres 2024 bei seinen 24 Mitgliedshochschulen die vollständigen Zahlen erhoben. Danach verfügten zu diesem Zeitpunkt in Deutschland **2.454** Personen über einen deutschen Bachelor-Abschluss als **Physician Assistant**. Zusätzlich wurden im Jahr 2024 2.231 Studierende neu immatrikuliert – ein Plus von 465 Studierenden gegenüber 2023. Wie bereits erwähnt, befinden sich weitere analoge akademische Ausbildungsgänge in Entwicklung, so u. a. zu PCM auf Initiative des HÄV. Dieser Studiengang zählte bis inklusive 2024 insgesamt 238 Studierende.[39] Insgesamt betrug die Zahl der PA-Studierenden im Jahr 2024 bereits 5.081. Es ist davon auszugehen, dass weiterhin mit einem **Wachstum der Studierendenzahlen von ca. 25 %** gegenüber dem Vorjahr für die nächsten Jahre zu rechnen ist. Die Absolvierenden finden Arbeitsverhältnisse anschließend entweder in Krankenhäusern oder in Praxen (Hausarzt- wie Facharztpraxen).

Für **Nichtärztliche Praxisassistenten** (und die unter diesem Begriff in dieser Studie subsumierten Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis – VERAHs, EVAs, AGnES) gibt es keine zentrale Statistik. Etwa 12.000 NäPAs sind bereits jetzt in Vertragsarztpraxen beschäftigt. 2022 waren laut Mitteilung des HÄV 15.400 MFAs zur VERAH fortgebildet.[40] Inzwischen ist von 16.000 VERAHs bundesweit auszugehen. Schätzungen gehen von mehreren Tausend Weiterbildungen

TABELLE 10 **Potenzial an PAs/NäPAs i. V. m. Ausbildungskapazität und Beschäftigung in hausärztlichen Praxen**

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Bedarf PA/NäPA-VZÄ	9.779	11.252	12.567	13.761	14.269	14.674
Aktuell und voraussichtlich ausgebildete PAs	2.454	5.243	8.729	13.086	18.533	23.980
Jährliche Ausbildungskapazität PA + 25 % p. a.	2.789	3.486	4.357	5.447	5.447	5.447
Aktuell und voraussichtlich ausgebildete PAs u. ä. Berufe	28.000	32.000	36.000	40.000	44.000	48.000
Jährliche Ausbildungskapazität NäPA u. ä. Berufe	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000
Anteil der davon in Hausarztpraxen Beschäftigten	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
Summe: Potenzial an PA/NäPA zum Einsatz in hausärztlichen Praxen (VZÄ)	**7.614**	**9.311**	**11.182**	**13.272**	**15.633**	**17.995**

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

39 Vgl. HÄV (2026)

40 Vgl. Höhl (2022)

jährlich aus. **Für die Simulationsrechnung wird von 4.000 Ausbildungen pro Jahr und 28.000 ausgebildeten NäPAs und VERAHs ausgegangen.**

Die Hausarztpraxen befinden sich mit den Facharztpraxen und den Krankenhäusern im Wettbewerb um die Einstellung dieser weitergebildeten Praxisassistenzberufe. Davon ausgehend, dass der Gesetzgeber, die Ärzteschaft und die Krankenkassen die Regelungen für den stärkeren Einsatz von diesen Berufen in den Hausarztpraxen, sprich in der Primärversorgung, erleichtern, wird in der folgenden Kalkulation – hier auch wieder eher konservativ – unterstellt, dass ca. **25 % der ausgebildeten Kräfte** anschließend den Weg in die Hausarztpraxen finden (Tabelle 10).

3.2. Zwischenergebnis: Wie durch den Einsatz von Delegationskräften der errechnete Mehrbedarf an Hausärzten gedeckt werden kann

Um die Möglichkeiten einer prognostischen Simulation nicht zu überdehnen, wird die Prognoserechnung im Folgenden nicht mehr bis zum Jahr 2040, sondern nur noch bis zum Jahr 2030 dargestellt. Dabei kann gezeigt werden, dass auch bei eher konservativen Annahmen mit dem Einsatz der Delegationskräfte der oben errechnete Mehrbedarf an Hausarzt-VZÄ schon kurzfristig zunehmend verringert und im Jahr 2030 sogar überschießend gedeckt werden kann (Tabelle 11).

Im Sinne einer allmählichen Transformation wird jetzt im Folgenden noch einmal konservativer gerechnet: Dazu wird ein sich erst über die nächsten fünf Jahre erhöhender **prozentualer Umsetzungsgrad von Delegation in den Hausarztpraxen** angesetzt. Damit soll der Zeitaufwand für die Entwicklung der Rahmenbedingungen und den Kulturwandel berücksichtigt werden, bis die Praxen die neue Arbeitsorganisation eingeführt haben. Der Umsetzungsgrad startet nach dieser Kalkulation mit **15 % im Jahr 2026**, ***wächst* 2027 auf 25 %** und steigert sich allmählich bis **2030 auf 70 %** (Tabelle 12). Ein Umsetzungsgrad von 15 % bedeutet in diesem Zusammenhang, dass 15% der zum Einsatz in hausärztlichen Praxen lt. Tabelle 10 zur Verfügung stehenden PA/NäPA auch tatsächlich in diesem Jahr zur Delegation eingesetzt werden.

Im Jahr 2028 würde dann das von uns kalkulierte Versorgungsdefizit, das wir berechnet haben, indem wir dem in der Prognose des bifg errechneten Mehrbedarf den Effekt der ungleichen Verteilung in Form der aktuell unbesetzten 5.000 Arztsitze hinzugerechnet haben, statt 6.535 „nur“ noch 3.705 VZÄ betragen. 2029 würde es auf 1.686 abgeschmolzen und im Jahr 2030 sogar mit einem Überschuss von 600 dadurch für andere Versorgungsbedarfe frei gewordenen Hausarzt***äquivalenten*** mehr als ausgeglichen sein (vgl. Tabelle 12).

ZWISCHENERGEBNIS: Auch bei eher konservativen Annahmen kann mit dem Einsatz der Delegationskräfte der errechnete Mehrbedarf an Hausarzt-Vollzeitäquivalenten schon kurzfristig zunehmend verringert und im Jahr 2030 sogar überschießend gedeckt werden.

2030 würde nach dieser Rechnung damit der gesamte vom bifg errechnete Mehrbedarf an Hausarzt-VZÄ aus der Demografie, den verringerten Arbeitsstunden und der erhöhten Morbidität inklusive der jetzigen nicht besetzten Planstellen aufgehoben sein.

TABELLE 11 **Potenzial an PAs/NäPAs im Verhältnis zum kalkulatorischen Bedarf**

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Potenzial an PA/NäPAs zum Einsatz in hausärztliche Praxen	7.614	9.311	11.182	13.272	15.633	17.995
Kalkulatorischer Bedarf an PA/NäPAs zur vollständigen Deckung des Mehrbedarfs an Hausarzt-VZÄ bei Vollversorgung	9.779	11.252	12.567	13.761	14.269	14.674
Unterdeckung bzw. Überschuss an PA/NäPAs	-2.165	-1.941	-1.385	-490	1.364	3.321

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

TABELLE 12 **Prognose der möglichen Ausweitung hausärztlicher Kapazität durch Delegation**

	2026	2027	2028	2029	2030
Prognostizierter Mehrbedarf an Hausarzt-VZÄ	5.851	6.535	7.156	7.705	8.218
Potenzial an PA/NäPAs zum Einsatz in hausärztlichen Praxen	9.311	11.182	13.272	15.633	17.995
Delegationsquote (wie viel % ärztliche Zeit kann ersetzt werden)	65 %	65 %	65 %	67,5 %	70 %
Umsetzungsgrad unter Berücksichtigung des Entwicklungsbedarfs und des erforderlichen Kulturwandels	15 %	25 %	40 %	55 %	70 %
Prognose der möglichen Ausweitung hausärztlicher Kapazität durch Delegation (in VZÄ)	**908**	**1.817**	**3.451**	**5.804**	**8.818**
Restlicher Mehrbedarf an Hausarzt-VZÄ zur gelungenen Vollversorgung / bzw. Überschuss (im Jahr 2030)	**4.943**	**4.718**	**3.705**	**1.901**	**-600**
Zur Information: Anzahl der in Hausarztpraxen/HA-MV in dem jeweiligen Jahr zur Delegation eingestellten PA/NäPAs	*1.397*	*2.796*	*5.309*	*8.598*	*12.596*

VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

3.3. Plausibilitätsabschätzung: Einsatz von Delegationskräften in kooperativen Strukturen

Von den aktuell 51.407 hausärztlichen VZÄ, die auf Einzel-, Gemeinschafts- und Gruppenpraxen sowie MVZs verteilt sind, werden nicht alle Hausarztpraxen den oben erhobenen Delegationsquotienten gleichermaßen umsetzen können.

Wie oben berichtet, arbeitet LillianCare zwar auch in Einzelpraxen mit PAs im Verhältnis 1:1, und im Rahmen der HzV-Verträge wird ebenfalls auf den Einsatz von PAs und NäPAs bzw. VERAHs in Einzelpraxen abgestellt. Aber der besondere Nutzen für die Verminderung von ärztlichem Zeiteinsatz entsteht vor allem **in kooperativen, größeren Strukturen**, d. h. in Gemeinschaftspraxen (BAG) und MVZs. Für kooperative Praxisstrukturen ergäbe sich zusätzlich die Option, in den kleineren Kommunen in ihrer Nähe Filialpraxen zu gründen, um mit den durch die PAs und NäPAs gewonnenen Arztzeiten die dortige Bevölkerung zu versorgen. So empfiehlt z. B. die WHO (Weltgesundheitsorganisation) die Entwicklung größerer Primärversorgungseinheiten, um einerseits eine multidisziplinäre Arbeitsweise und digitale Unterstützungslösungen besser nutzen und andererseits damit auch eine höhere Versorgungskapazität anbieten zu können.[41]

Etwa 35 bis 38 % der Hausärzte (in VZÄ, d. h. ca. 18.000–19.500 VZÄ) sind heute in derartigen kooperativen Strukturen tätig (BAGs oder MVZs). Es wird damit gerechnet, dass dieser Anteil bis 2030 voraussichtlich auf deutlich über 40 % steigen wird. Sofern die Politik die Regelungen über die Ausrichtung auf Primärversorgungseinheiten noch befördert, kann sich dies auch bis 2030 auf über 50 % steigern.

Zur Plausibilitätsabschätzung wurde gerechnet, wie sich das Verhältnis von Hausarzt-VZÄ in kooperativen Strukturen zu Delegationskräften entwickeln würde, wenn Letztere nur in kooperativen Strukturen eingestellt würden. Im Ergebnis kommt diese Studie zu sehr überzeugenden Verhältniszahlen (Tabelle 13): Im Anfangsjahr 2026 würde es entsprechend dieser Rechnung zur Erreichung der Anstellung der 1.397 PAs/NäPAs sogar schon ausreichen, wenn in kooperativen Strukturen durchschnittlich ein(e) PA/NäPA auf 13 Arzt-VZÄ eingestellt werden würde. Im Jahr 2028 würde es ausreichen, wenn durchschnittlich ein(e) PA/NäPA mit Delegationsaufgaben auf knapp vier Arzt-VZÄ angestellt wäre – und im Jahr 2030 dann eine Delegationskraft auf knapp zwei Arzt-VZÄ.

41 Vgl. WHO-Euro (2023), S. 23 ff.

TABELLE 13 **Plausibilisierung / Kalkulation zum Einsatz von Delegationskräften in kooperativen Strukturen**

	2026	2027	2028	2029	2030
Hausärztliche VZÄ laut BV im Jahr 2025*	51.407	51.407	51.407	51.407	51.407
Kalkulatorischer Prozentsatz von Hausarzt-VZÄ in kooperativen Strukturen	36,5 %	37,0 %	38,5 %	40,0 %	41,5 %
Errechnete Hausarzt-VZÄ in kooperativen Strukturen	18.764	19.021	19.792	20.563	21.334
Anzahl der in kooperativen Strukturen zur Delegation eingestellten PAs/NäPAs	1.397	2.796	5.309	8.598	12.596
Verhältnis von Hausarzt-VZÄ in kooperativen Strukturen zu Delegationskräften nach obiger Rechnung	**13,4**	**6,8**	**3,7**	**2,4**	**1,7**

*Hier unverändert über die Jahre gerechnet. VZÄ = Vollzeitäquivalent

Quelle: OptiMedis, eigene Berechnung.

BertelsmannStiftung

Das heißt, die „gelungene Vollversorgung“ könnte 2030 auch erreicht werden, wenn die PAs/NäPAs nur in kooperativen Strukturen, d. h. in Gemeinschaftspraxen (BAGs) und MVZs, eingestellt werden würden. Auf zwei Ärzte in solchen Strukturen müsste dann ein PA bzw. ein(e) NäPA eingestellt werden. Allerdings zeigt das Beispiel LillianCare, dass auch Einzelpraxen in einem Verhältnis ein Hausarzt auf ein(e) PA/NäPA erfolgreich arbeiten können. Gleiches wird im Übrigen auch heute schon aus Praxen mit hohem HzV-Anteil berichtet.

3.4. Zusammenfassung der Simulationsrechnung

1. Der verstärkte Einsatz von weitergebildeten Praxisassistenzberufen in der hausärztlichen Versorgung ist möglich. Da genügend wachsende Ausbildungskapazitäten bestehen und auf dem Arbeitsmarkt eine ausreichend hohe Nachfrage nach diesen Ausbildungen gegeben ist, ist mit genügend ausgebildeten Fachkräften zu kalkulieren. Ihr Einsatz in der hausärztlichen Versorgung kann anders als die zeitaufwendige Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten schon kurz- bis mittelfristig dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung für die Bevölkerung auszudehnen und nachhaltig zu sichern.

   Innerhalb von fünf Jahren können – auch bei konservativen Annahmen bzgl. der Umsetzungsgeschwindigkeit, der Arbeitszeiten und der Einsatzquote – die weitergebildeten Praxisassistenzberufe i. V. m. einer Supervision durch Hausärztinnen und -ärzte ein Arbeitszeitvolumen erbringen, das es rechnerisch bei konstanter Versorgungsqualität erlauben würde, genügend Ärztinnen und Ärzte für die Besetzung der heute offen ausgewiesenen 5.000 Hausarztsitze bereitzuhalten. Dies würde sogar ermöglichen, den in dieser Zeit zusätzlich i. V. m. der Demografie und den veränderten Arbeitszeitpräferenzen entstehenden Mehrbedarf von weiteren ca. 3.200 Hausarztsitzen abzudecken.

2. Bis zum Jahr 2030 würde damit die Arbeitszeit von 8.818 in Vollzeit arbeitenden Hausärztinnen und -ärzten frei werden, um die Patientinnen und Patienten in nach den heutigen Prognosen von Mangel- oder Unterversorgung betroffenen Regionen zu versorgen. Rechnerisch würde damit deutschlandweit eine Vollversorgung möglich werden. Für die Beschäftigung der weitergebildeten Praxisassistenzberufe bieten sich insbesondere Gruppenpraxen und ähnliche kooperative Strukturen bzw. die aktuell politisch diskutierten Primärversorgungszentren an, die dadurch dann ihr Patientenvolumen vergrößern und auf heutige Aufnahmestopps verzichten bzw. mit Filialpraxen weitere Standorte in Regionen mit Mangel- oder Unterversorgung eröffnen könnten.

3. Auch wenn bestimmte Leistungen der PAs und NäPAs schon heute von den Delegationsvereinbarungen her berufsrechtlich möglich und abrechnungsfähig sind, sind gleichwohl noch gezielte Erleichterungen und Incentivierungen erforderlich, um das Potenzial der Praxisassistenzberufe zu nutzen. Hierfür und für die spezielle Niederlassung in Regionen mit Mangel- oder Unterversorgung böten sich gezielte Anreize durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen und der Bundesländer an, wie es etwa in Niedersachsen schon heute mit seinem Programm zu Regionalen Versorgungszentren[42] geschieht.

42 Vgl. Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (2025)

4. Diskussion und Limitationen der Prognose

Zusätzlich zu den oben bereits eher konservativ vorgenommenen Kalkulationen sollen hier weitere argumentierbare Einschränkungen und Limitationen der Prognose diskutiert werden. Wesentliche Herausforderungen für den bereits heute verstärkten Einsatz von PAs und NäPAs in der ambulanten Versorgung sind z. B.

- die Sorgen von vielen Praxisinhaberinnen und -inhabern bzgl. der rechtlichen Sicherheit der Delegation und der damit verbundenen Haftungsfrage,
- die Sorgen der Praxen bzgl. der Refinanzierung aufgrund der Budgetbegrenzungen und einer Veränderung der Gehaltsstufen in ihren Praxen,
- die Unkenntnis der Ausbildungsinhalte und der Kenntnisse der PAs/NäPAs,
- die Annahme, dass die Patientinnen und Patienten die weitgehend selbstständige Behandlung durch PAs/NäPAs als Herabstufung und mangelnde Wertschätzung ihrer Person werten könnten, sowie
- die Annahme eines Qualitätsverlustes gegenüber der ärztlich durchgeführten Betreuung.

Dagegen steht, dass bereits heute in vielen Tätigkeitsfeldern eine regelhafte Delegation an speziell geschultes nichtärztliches medizinisches Personal erfolgt.[43] Die folgenden Ausführungen zeigen, dass für alle diese Herausforderungen bereits umfangreiche Argumentationen und Erfahrungen vorliegen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass einem breitflächigen Einsatz von PAs/NäPAs in den o. a. Delegationsfeldern keine realen Hindernisse entgegenstehen.

Abschließend erfolgt noch eine Diskussion der Prognosegüte und der Annahmen zu den Umsetzungsmöglichkeiten und Geschwindigkeiten.

4.1. Rechtliche Sicherheit und Haftungsfragen

Die Delegation ärztlicher Behandlungstätigkeiten auf Praxisassistenzberufe gehört seit vielen Jahren zur üblichen Praxis und ist berufs- und sozialrechtlich anerkannt. Dennoch bleiben immer wieder Fragen offen, die sich insbesondere auf die Delegationsfähigkeit einzelner Maßnahmen sowie auf die mit der Arbeitsteilung einhergehenden Haftungssituation beziehen.

Gesetzliche Vorgaben wie § 613 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) oder Grundlagen wie MBO (Musterberufsordnung) und BMV-Ä nehmen dazu keine klaren Abgrenzungen vor. **So weisen letztendlich erst juristische Auslegungen darauf hin, welche Parameter zu beachten sind:**

- Ärztliche Kernleistungen sind nicht delegierbar (siehe Kap. 2.1), die Vorbereitungen dagegen schon (Anamnese nach Checkbögen, Befunderhebungen nach Standards zur Vorlage bei der Ärztin bzw. beim Arzt).
- Ärztinnen und Ärzte haben die Auswahl-, die Anleitungs- und die Überwachungspflicht. Dabei kommt es auf die verifizierte Qualifikation des Delegationspersonals an. Stichprobenartige Prüfungen sind zu dokumentieren.
- Die Delegation bedarf der ärztlichen Anordnung im Einzelfall, wobei der Einzelfall auch Patientengruppen (Blutabnahmen, Testungen, Impfungen)

43 Vgl. u. a. Wiedemann (2025)

oder Maßnahmengruppen (technische Untersuchungen) umfassen kann (was in nicht unerheblichem Umfang schon in vielen Praxen dem gängigen Vorgehen entspricht).

- Patientinnen und Patienten sind zu Delegationsleistungen aufzuklären, sofern sie die organisatorischen Standards eines Praxisbetriebs übersteigen. Die Aufklärung sollte dokumentiert sein.

- Zu delegierbaren Leistungen muss sich eine Ärztin bzw. ein Arzt in Rufnähe aufhalten, sodass eine Notfallkette gewährleistet werden kann. Allein schon die Definition von „Rufnähe“ und was Rufnähe heute im Zeitalter der Digitalisierung bedeutet, kann zu umfangreichen juristischen Diskussionen führen.

- Im Haftungsfall müssen Ärztinnen und Ärzte nachweisen, dass sie ihre Pflichten zur Delegationsüberwachung erfüllt haben und eine qualifizierte Mitarbeiterin oder ein qualifizierter Mitarbeiter die Leistung fachgerecht durchgeführt hat. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung klarer SOPs und klarer Supervisionsketten sowie die präzise Dokumentation.[44]

Das Zi verwies 2022 in einem **Paper zur „Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung“** auf den Klärungsbedarf zu diesen Fragen und verknüpfte dies mit der Frage des Aufgabenspektrums von Pflegekräften:

> *„Darüber hinaus gilt es zu klären, wie der Delegationsrahmen der PAs im Vergleich zu dem der NäPAs sinnvoll und rechtssicher erweitert werden kann und ob bzw. inwieweit sich das Aufgabenspektrum der PA von dem der Pflegekräfte unterscheidet, die gemäß § 64d SGB V in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten übertragen bekommen und diese in einem definierten Rahmen selbständig ausüben. Auch hier gibt der Rahmenvertrag gemäß § 64d Abs. 1 SGB V den Arztpraxen die Möglichkeit, eine Pflegefachperson mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz im Rahmen der Modellversuche anzustellen und diese somit in die Praxisarbeit zu integrieren.“*[45]

Der HÄV Baden-Württemberg hat sich in seinem **HÄPPI-Konzept** ebenfalls mit einer zeitgemäßen Weiterentwicklung der Delegationsvereinbarung beschäftigt.[46] Statt der bisher erforderlichen jeweiligen Supervision und damit der „unterstützenden bzw. mitwirkenden Rolle“ sieht dieses Konzept vor, auch die „vollumfänglich[e], sprich: eigenständige[,] Durchführung von ärztlichen Leistungen durch das qualifizierte nicht-ärztliche Personal [...] [für die erarbeiteten Wirkungsfelder, OptiMedis] ausführen zu lassen“[47]. Dazu geht das Konzeptpapier auf neun Bereiche jeweils näher ein, für die jeweils Arbeitsverteilungs- und bevorzugte Ausübungsrollen definiert wurden: Labor, Mobiles Team, Schulungen und Beratungen, Organisation und Administration, Formularwesen, Technische Untersuchungen, Anamneseerhebung unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsmodells, Klinische und Score-gestützte Untersuchungstechniken sowie Anwendungsbereich KI und digitale Tools.

4.2. Sicherheit bzgl. der Refinanzierung von PAs/NäPAs

Die Regelungen zur Refinanzierung des Einsatzes von PAs/NäPAs sind zurzeit bundesweit noch uneinheitlich. Allerdings gibt es eine Reihe von Bestrebungen, Zuschläge und andere Erleichterungen dafür anzubieten. Dies sind u. a. Punktwertzuschläge auf bestimmte Gebührenordnungspositionen (GOPs), Vereinbarungen über zusätzliche Leistungen, Aufschläge bei der Plausibilitätsprüfung und Aufschläge auf das Budget.

Bereits 2022 gaben sieben KVen auf eine Umfrage des Zi hin an, dass sie die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeitende durch Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen zusätzlich fördern. Zwei KVen gaben an, dass sie **Punktwertzuschläge** auf GOPs des Kapitels 3.2.1.2 des EBM geben. Fünf KVen gaben an, dass sie zusätzliche Leistungen vereinbart hätten, so z. B. Besuche, Fall- und Schnittstellenmanagement, Versorgung in der Häuslichkeit (teilweise unter Hinzuschaltung der Ärztin bzw. des Arztes über

44 Vgl. Springer & Bruns (2025)
45 Mangiapane et al. (2022), S. 13
46 Vgl. HÄVBW (2025)
47 Ebd, S. 25

eine Videosprechstunde [„Tele-Ärztin bzw. -Arzt"]) und Wundversorgung.[48]

Die KV Niedersachsen gewährt im Verbund mit den Krankenkassen 70 Praxen bei der **Plausibilitätsprüfung** einen Aufschlag von 30 %:

> *„Und zwar immer dann, wenn die betreffenden Praxen einen Physician Assistant (PA) oder einen Primary Care Manager (PCM) oder eine andere akademisierte nicht-ärztliche medizinische Fachkraft beschäftigen und so den Ärztinnen und Ärzten mehr Zeit bei der Patientenversorgung verschaffen."*[49]

Die Vergütung für eine VERAH-Qualifikation in Baden-Württemberg, in Brandenburg und in weiteren Bundesländern erfolgt über die Abrechnung von **Zuschlägen innerhalb der HzV**, beispielsweise über den VERAH-Zuschlag, der quartalsweise mit der Pauschale P3 oder der Chronikerpauschale aufgeschlagen wird. Um diese Zuschläge abzurechnen, ist die Teilnahme an bestimmten HzV-Verträgen erforderlich.

Mit Wirkung ab dem 1.10.2025 hat die AOK Baden-Württemberg mit dem HÄV und dem MEDIVERBUND Baden-Württemberg darüber hinaus ein **eigenes Vergütungskonzept für HÄPPI-Praxen** entwickelt:

> *„Praxen erhalten pro eingeschriebenen AOK-HzV-Versicherten einen Zuschlag von 20 Euro sowie einen HÄPPI-Transformationszuschlag von zehn Euro zur Unterstützung des Aufbaus der HÄPPI-Infrastruktur. Zusätzlich gibt es weiterhin einen finanziellen Zuschlag für den Einsatz akademischer Praxisassistenzberufe – abhängig vom Stundenumfang und Anzahl der eingesetzten Fachkräfte (bis zu 15 Euro je Versichertenteilnahmejahr). Die Erfolgsfaktoren des Pilotprojekts sind zugleich die definierten Teilnahmevoraussetzungen für die HÄPPI-Vergütung. Dazu gehört der Einsatz akademischer Gesundheitsberufe, die Nutzung digitaler Anwendungen und die Umsetzung strukturierter Kooperationsprozesse."*[50]

Auch außerhalb von HÄPPI gibt es in der HzV-Regelversorgung Zuschläge für „Akademische nichtärztliche Gesundheitsberufler".[51] Sehr entscheidend ist dabei insgesamt die Definition des Arzt-Patienten-Kontakts als Patienten-Praxis-Kontakt in dem HzV-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg. Damit wird es möglich, eine sehr viel größere Anzahl an Leistungspositionen auch durch MFAs zu erbringen.

Auch die Ersatzkassen beschäftigen sich mit dieser Thematik, so u. a. der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) in seinem Projekt „Regionale Gesundheitszentren".[52]

Das Zi beschäftigte sich 2022 mit der Frage der Finanzierung und kam zu folgender Aussage nach einer Umfrage unter den KVen zur Delegation ärztlicher Leistungen:

> *„Vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen, MFAs und andere nichtärztliche medizinische Fachberufe im Rahmen von Bachelor- und Masterstudiengängen noch weitergehend zum ‚Physician Assistant' zu qualifizieren (BÄK und KBV 2017), stellt sich allerdings die Frage, ob die im hausärztlichen Bereich über den EBM vergüteten Vorhaltekosten ausreichend sind bzw., wie die Vergütung der für höher qualifizierte Mitarbeitende entsprechend höheren Löhne überhaupt refinanziert werden soll, da die Vergütung über den EBM an die Anlage 8 zum BMV-Ä und damit an das NäPA-Curriculum gebunden ist. Selektivverträge, wie sie aktuell in manchen Regionen bereits zur Förderung von Delegationsleistungen vereinbart sind, wären eine Möglichkeit, die aber Teile der Versicherten ausschließt und nicht immer ausreichend Planungssicherheit für Praxen schafft. Daher wird auch der EBM diesbezüglich baldmöglichst angepasst werden müssen, um die nun zunehmend auf den Arbeitsmarkt kommenden Absolventen aufnehmen zu können und eine Entwicklungsperspektive zu schaffen."*[53]

48 Vgl. Mangiapane et al. (2022), S. 12
49 Landesärztekammer Brandenburg (2025), S. 5
50 HÄVBW (2025)
51 Vgl. HÄVBW (2026a)
52 Vgl. vdek (2025a); vdek (2025b)
53 Mangiapane et al. (2022), S. 13

4.3. Unterschiede bzgl. der Ausbildungsinhalte und der praktischen Kenntnisse von PAs/NäPAs

Während die NäPA-Ausbildung normiert und von den Ärztekammern kontrolliert wird, befinden sich zurzeit über 26 private und staatliche Hochschulen im Wettbewerb um die Ausbildung von PAs. Damit entsteht eine **Konkurrenz auch um die Studieninhalte und Aufnahmebedingungen**. Der DHPA berichtet von einem breiten „Spektrum von Vollzeit-, Teilzeit- und berufsbegleitenden Studiengängen mit unterschiedlichen Online-Anteilen“[54]. Bei zehn Hochschulen sei z. B. eine Vorausbildung in einem Gesundheitsberuf nicht erforderlich. Dort werden Studiengänge für Interessierte mit und ohne einschlägige Qualifikation parallel angeboten, oder es erfolgt die Anrechnung einer Vorausbildung. Ähnlich unterschiedlich ist auch die Prüfungssituation: Zwei Hochschulen geben nach der Datenerhebung des DHPA eine Teilnahme von Behörden bzw. Ärztekammern an den Prüfungen an, alle bis auf drei Hochschulen gaben für 2025 die Durchführung von praktischen Prüfungen an.

Mit einem Regelungsentwurf, einem Kompetenzkatalog und einem Mustercurriculum sowie einer gemeinsamen Selbstverpflichtung zur Qualitätssicherung der Hochschulen will der DHPA zu einer einheitlicheren Qualität der Kenntnisse und Fertigkeiten der Absolvierenden beitragen.[55]

Die Gespräche mit den Innovationspraxen zeigten auf, dass die Qualität der Ausbildung seitens der Praxisinhabenden schon als bedeutsam angesehen wurde, aber erst die **persönliche Erfahrung und Kompetenz der PAs und NäPAs** sowie ihre Kommunikationsfähigkeit und auch persönliche Neigung letztendlich den Ausschlag für den jeweiligen Einsatz in der Praxis gegeben haben.

4.4. Annahme der Ablehnung durch die Patienten

Der Einsatz von PAs und NäPAs in Praxen erfordert dort nicht nur einen kulturellen Wandel in der Arbeitsweise, sondern auch einen Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die bisher bilaterale Beziehung wird zu einer **trilateralen Beziehung** ausgedehnt, sogar bzgl. der beschriebenen delegierbaren Aufgaben mit dem zeitintensiveren Anteil für den PA. Die damit einhergehende Befürchtung ist, dass sich Patientinnen und Patienten dabei „herabgesetzt“ fühlen könnten, weil sie dies als den Verlust der „wertvolleren“ Ressource Arztzeit betrachten – mit der Folge, dass sie sich zum Wechsel der Praxis veranlasst sehen.

Die oben beschriebenen Pilotpraxen berichteten, dass dies nur in der Übergangszeit von einzelnen Patientinnen und Patienten so geäußert worden sei. Nach sehr kurzer Zeit sei dies hingegen von den allermeisten sehr positiv gewertet worden, da sie damit **kurzfristiger Termine** und unter der abschließenden Supervision der Ärztin oder des Arztes ja doch auch wieder den **Arztkontakt für eventuelle Zusatzfragen** erhalten hätten. Studien zur Akzeptanz des Einsatzes von NäPAs im Rahmen der HzV in Baden-Württemberg sowie des Einsatzes von MFAs in der ambulanten Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen berichteten eine ähnliche Zufriedenheit mit der einfacheren Erreichbarkeit, der schnelleren Terminierung und der zusätzlich erhaltenen Ansprechperson.[56]

4.5. Annahme eines Qualitätsverlustes gegenüber der ärztlich durchgeführten Betreuung

Die Befürchtung eines Qualitätsverlustes stellt sich ganz in Abhängigkeit von dem Einsatzspektrum der PAs und NäPAs und in Abhängigkeit von der Spezialisierung auf bestimmte Arbeitsbereiche. Ein Cochrane Review von 2018 studierte 18 Randomized Clinical Trials, um die Outcomes von Pflegekräften mit denen von Ärztinnen und Ärzten für eingeschränkte Tätig-

54 DHPA (2025), S. 1

55 Vgl. ebd.

56 Vgl. Damm et al. (2025); Mergenthal et al. (2018)

keiten in der Primärversorgung zu vergleichen. Zu den Studien stellt das Review fest:

> *„The studies looked at nurses involved in first contact care (including urgent care), ongoing care for physical complaints, and follow-up of patients with a particular chronic condition such as diabetes. In many of the studies, nurses could get additional support or advice from a doctor."*

In der **Zusammenfassung** kommt das Review zu dem Ergebnis:

„Study findings suggest that **care delivered by nurses, compared to care delivered by doctors, probably generates similar or better health outcomes** for a broad range of patient conditions (low- or moderate-certainty evidence):

- Nurse-led primary care may lead to slightly fewer deaths among certain groups of patients, compared to doctor-led care. However, the results vary and it is possible that nurse-led primary care makes little or no difference to the number of deaths (low-certainty evidence).
- Blood pressure outcomes are probably slightly improved in nurse-led primary care. Other clinical or health status outcomes are probably similar (moderate-certainty evidence).
- Patient satisfaction is probably slightly higher in nurse-led primary care (moderate-certainty evidence). Quality of life may be slightly higher (low-certainty evidence)."[57]

Eine kürzlich veröffentlichte Studie des Mainzer Lehrstuhls für Allgemeinmedizin zeigt dann auch, dass 32 % der urbanen und 56 % der Hausärztinnen und -ärzte in ländlichen Räumen dazu bereit sind, verstärkt qualifizierte Gesundheitsberufe einzusetzen und deren Befugnisse auszuweiten.[58]

Eine Befragung von Hausärzten sowie von MFAs in Berlin, Brandenburg und Thüringen zur Delegation ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten, durchgeführt von den Instituten für Allgemeinmedizin in Jena und an der Charité in Berlin, kam zu dem Ergebnis:

> *„So können sich die meisten Teilnehmer:innen vorstellen, dass MFAs eine Routinekontrolle im Rahmen des DMP Diabetes nach festem Schema eigenständig übernehmen können. Neben der standardisierten Untersuchung und Dokumentation fallen darunter auch die Beratung, die Folgeverordnung von Dauermedikation (z. B. für Metformin) und die Ausstellung einer Überweisung (z. B. zum/r Augenärzt:in). Entsprechende Tätigkeiten, welche die Indikationsüberprüfung und Therapieentscheidung betreffen, sind in der Delegationsvereinbarung allerdings nicht als delegierbare ärztliche Leistungen definiert."*[59]

Ein Literaturreview von 2021 legt jedoch nahe, dass Aufgaben wie die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die Folgeverordnung von Dauermedikationen und die Gesundheitserziehung tatsächlich von Hausärztinnen und -ärzten auf nichtärztliches Fachpersonal übertragen werden können, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet.[60] Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 kann eine entsprechende Delegation sogar zu einer verbesserten glykämischen Kontrolle und höherer Zufriedenheit führen.[61] Die Übertragbarkeit internationaler Erfahrungen und Praktiken auf die deutsche Primärversorgung ist jedoch aufgrund der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen mit teilweise ungeklärten Haftungskonsequenzen[62] und der erheblichen Unterschiede zwischen den Qualifizierungsgraden und Verantwortlichkeiten der Praxisassistenzberufe stark eingeschränkt.[63]

Die Berichte zu der fachärztlichen Diagnostik im MVZ Birkenallee in Papenburg, mittels Video-, Chat- und Telemedizin unterstützt durch niedergelassene Fachärztinnen und Klinikärzte, weisen auf der anderen Seite auf

57 Laurant et al. (2018), S. 2
58 Vgl. Wangler & Jansky (2024), S. 1004
59 Wolf et al. (2023), S. 1120 f.
60 Vgl. Leong et al. (2021), S. 198, 208 f.
61 Vgl. Mirhoseiny et al. (2019), S. 1 f.
62 Vgl. Erdmann & Ehlers (2015); Ruppel et al. (2016)
63 Vgl. Miralles et al. (2020); Mußgnug et al. (2022); Goetz et al. (2017); Maier et al. (2017)

die **möglichen Qualitätsgewinne** durch den Einsatz von Delegationskräften für die Hausarztpraxis sowie auf die Beschleunigung von Therapiesicherheiten und die Verminderung unnötiger Krankenhauseinweisungen hin.

4.6. Diskussion der Limitationen bzgl. der Prognose und der Annahmen zu den Umsetzungsmöglichkeiten

Die Limitationen der bifg-Studie zur Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040 gelten auch für die die hier vorliegende Ausarbeitung, da das Basisszenario des bifg unverändert übernommen wurde. Dies sind u. a. Annahmen zu den veränderten Arbeitszeiten, dem Renteneintrittsalter sowie der Migration. Nicht berücksichtigt werden konnten unvorhersehbare Ereignisse wie wirtschaftliche Krisen, technologische Durchbrüche oder Katastrophen, ebenso wie Effekte, die beispielsweise durch Unterschiede in der Versorgung von privat und gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten entstehen könnten. Effekte aus den HzV-Verträgen wurden von den Verfasserinnen und Verfassern dieser Ausarbeitung dort, wo sie im ersten Quartal 2025 auftraten, berücksichtigt. Ob und inwiefern sich diese in der Zukunft weiter auswirken werden, konnte nicht berücksichtigt werden.

Ein grundsätzliches Problem ergibt sich sowohl für die Projektion des bifg als auch für die Simulationsrechnungen dieser Ausarbeitung aus der Unklarheit über den tatsächlichen Tätigkeitsumfang der selbstständigen Hausärztinnen und -ärzte. Über den Hausarztsitz in der Zulassung der KV (100 %, 75 %, 50 % ...) wurde diese approximiert. Auch der tatsächliche Bedarf der Bevölkerung an hausärztlicher Versorgung kann nur geschätzt werden, Lebensstilveränderungen durch wachsende Gesundheitskompetenz sowie Morbiditätsveränderungen etwa durch Erfolge präventiver wie kurativer und eventuell sogar politischer Maßnahmen (wie Zucker- und Alkoholsteuererhöhungen) konnten nicht berücksichtigt werden.

Das bifg schließt mit der Aussage:

> *„Trotz der Limitationen einer Projektionsstudie können die hier vorgelegten Werte eine Orientierung für die strategische Planung, das Risikomanagement und – so hoffen wir – die Bewusstseinsbildung hinsichtlich der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung bieten.“*[64]

Dieser Aussage schließen sich die Autorinnen und Autoren dieser Ausarbeitung an.

Eine Limitation für die hier vorgelegte Berechnung der Delegationsquote ist die geringe Zahl von zwei Innovationspraxen, auf deren Datenbasis und im Vergleich zu den Standardpraxen die Quote errechnet wurde.

Die in dieser Studie postulierte Erreichbarkeit einer Vollversorgung bis zum Jahr 2030 durch den verstärkten Einsatz von Delegation wurde durch **eine Reihe von vorsichtigen Abschätzungen** unterstützt:

- Dies begann mit der Annahme, dass eine „Vollversorgung“ erst dann gewährleistet werden könne, wenn zusätzlich zu dem Mehrbedarf der bifg-Prognose auch eine Besetzung der heute offenen Arztsitze erfolge.
- Mit Blick auf die Einstellung in Hausarztpraxen wurde nur eine Quote von 25 % angenommen. In der Folge wird von der Annahme einer Teilzeitquote der beschäftigten PAs und NäPAs von 0,8 VZÄ ausgegangen.
- Als Delegationsquote wurden für die Jahre bis 2028 nur die 65 % angenommen, erst im Jahr 2029 wurde diese auf 67,5 % und im Jahr 2030 auf 70 % gesetzt.
- Demgegenüber wurde aber mit einem erst langsam von 15 % im Jahr 2026 bis 70 % im Jahr 2030 wachsenden Umsetzungsgrad gerechnet.

64 Wende et al. (2025, bifg), S. 25

Letzterer kann angesichts der Ergebnisse des KVWL-Projekts „Physician Assistants im ambulanten Bereich“ durchaus diskutiert werden, er kann aber auch gezielt unter Aufgreifen der dortigen Erfahrungen erhöht werden. Hierzu werden in den Schlussfolgerungen **Empfehlungen** ausgeführt. Als letzte Einschränkung wurde in einer Plausibilisierungsabschätzung simuliert, ob die Vollversorgung auch erreichbar wäre, wenn der Einsatz von PAs und NäPAs nur in Praxen vorgenommen werden würde, die als kooperative Strukturen bezeichnet werden, d. h. mindestens mehrere Arzt-VZÄ umfassen, wie z. B. Gemeinschaftspraxen bzw. MVZs. Und auch dies konnte bestätigt werden.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Diese Studie zeigt, dass durch verantwortungsvolle Delegation eine hausärztliche Wirkungssteigerung erreicht werden kann. Somit können auch in den heute von Mangel- bzw. Unterversorgung betroffenen Regionen höhere Versorgungsgrade erzielt werden. Damit kristallisiert sich ein **Zielbild** heraus, das auf einem **erweiterten Primärversorgungssystem** beruht:

- Hausärztliche Arbeitszeit wird primär für **medizinische Kernleistungen**, die Teamkoordinierung sowie die Planungs-, Aufsichts- und Ergebnisverantwortung verwendet.
- Versorgungsaufgaben werden unter ärztlicher Verantwortung und unter Nutzung der Delegationsvereinbarung **arbeitsteilig im Team** entsprechend der jeweiligen Qualifikation und der individuellen Vereinbarung zwischen Ärztin/Arzt und den weitergebildeten bzw. akademisch qualifizierten Praxisassistenzkräften erbracht.
- **Digitale Tools und KI** unterstützen und übernehmen Dokumentation, Patientensteuerung (z. B. DMP-Kontrollen, Facharzttermine, Zusteuerung zur Praxis bzw. zu einzelnen Teammitgliedern), Qualitätssicherung und QS-Dokumentation (Fragebögen mit „Red Flags", Hygiene, Arbeitsschutz), Protokollierung und Automatisierung externer Anfragen.
- Qualifiziertes Fachpersonal nutzt **Telemedizinsprechstunden** mit Fach- und Klinikärztinnen und -ärzten zur Vermeidung von unnötigen Patientenwegen, Beschleunigung von Diagnosesicherheit und Erhöhung der Behandlungsqualität.
- Die Patientenperspektive wird mit **PREMs** (Patient-Reported Experience Measures) und **PROMs** (Patient-Reported Outcome Measures) zur Erhebung der Therapieeffekte und Verbesserung der Therapieergebnisse eingebunden.

Regionale Teampraxen mit regelmäßigen Fallbesprechungen, Qualitätszirkeln und Peer-Review-Austausch bilden die Basis eines erweiterten Primärversorgungssystems. In diesem System sind die **Teampraxen** eng mit weiteren Strukturen des Gesundheitswesens verbunden – etwa mit Facharztpraxen, Kliniken, Apotheken, Therapieberufen, Pflegeeinrichtungen, Gesundheitskiosken bzw. -treffpunkten, der Sozialarbeit, kommunalen Strukturen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ergänzt wird dies durch ein personenzentriertes Management von Patientenpfaden sowie die gezielte Stärkung von Prävention und regionaler Vernetzung.

Wie die dargestellten Praxisbeispiele zeigen, ist dies schon heute möglich. Zur vollen Wirkungsentfaltung über den Kreis besonders engagierter Pilotpraxen hinaus und zur Sicherung einer bestmöglichen Versorgung auch in den Regionen, die heute oder ohne diese Veränderungen künftig von Mangelversorgung bedroht sind, sollten dazu begleitend folgende **Empfehlungen** berücksichtigt werden:

- Der Gesetzgeber sowie die Vertragspartner sollten die Strukturen des Gesundheitswesens in Richtung **Teamversorgung** anpassen, d. h. den Zulassungsausschüssen in Bedarfsregionen ermöglichen, Primärversorgungszentren (BAG, MVZ) mit Beschäftigung von weiterqualifizierten bzw. akademisch qualifizierten Praxisassistenzberufen **in der Hausarztsitzvergabe zu bevorzugen**.[65]
- KBV und GKV-S sollten begleitend die **Vergütungsstrukturen** auf die Teamleistung ausrichten (**Praxis-Patienten-Modell**). Sie sollten dies verbinden mit der Setzung von praxis- und auch sektorübergreifenden **Anreizen zur gezielten Versorgung** von alters- und einschränkungsbedingten sowie sozioökonomisch **komplexeren Versorgungsbedarfen**, aber auch zur Verbesserung des Gesundheits-

65 Vgl. analoger Vorschlag AOK-Bundesverband (2025)

status der regionalen Population, um damit eine regionale Vernetzung ähnlich dem französischen Modell der „Communautés professionnelles territoriales de santé“[66] anzuregen und ein Gesundheitssystem zu schaffen, das sich nicht nur auf Versorgung konzentriert, sondern auch den Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung gezielt anstrebt.[67]

- Der Gesetzgeber sollte in Abstimmung mit der Selbstverwaltung eine **höhere Rechts- und Haftungssicherheit** für die erleichterte Nutzung der telemedizinischen Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten sowie von digitalen Patientenunterstützungssystemen schaffen. Ärztinnen und Ärzte sollten als verantwortlich Supervisierende die heutigen digitalen Möglichkeiten nutzen können, aber räumlich nicht am gleichen Ort sein müssen.

- Eine Überarbeitung der Delegationsvereinbarung sollte die eigenständige Beratung zu Lebensstilveränderungen, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung sowie eine vereinfachte Form der Rezeptfortschreibung bei Chronikerinnen und Chronikern durch PAs/NäPAs ermöglichen, sodass eine ärztliche Supervision nur für Konfliktfälle und Situationen außerhalb der in der Praxis vereinbarten Leitlinien (SOPs) erforderlich bleibt.

- Durch den Einsatz von Teambehandlung und -versorgung und die damit erzielte Sicherung und Verbesserung der hausärztlichen Versorgung vor Ort verbindet sich diese Analyse politisch mit dem im aktuellen Koalitionsvertrag fixierten Ziel der Primärarztversorgung. Inzwischen wurde dieses Ziel bereits erweitert auf den Begriff der **Primärversorgung**. Dies steht ebenso im Einklang mit Analysen und Veröffentlichungen zahlreicher Krankenkassen inklusive der finanziellen Unterstützung von Modellprojekten mit Einsatz akademisch qualifizierter Praxisassistenzberufe in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Brandenburg[68] bzw. wie schon erwähnt in Baden-Württemberg. Analog zu anderen notwendigen systemischen Strukturänderungen (Beispiel Notfallreform) gibt es somit auch beim Thema Teamversorgung grundsätzlich einen breiten Konsens der tragenden Akteure des Gesundheitswesens.

Der Vollständigkeit entsprechend sei angemerkt, dass neben der Angebotsseite auch die Nachfrageseite zu beachten ist. So erhöht sich der hausärztliche Versorgungsbedarf aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung und der damit einhergehenden Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Zur **Krankheitslast** der deutschen Bevölkerung liegen seitens des Robert Koch-Instituts (RKI) Daten für 2023 vor. Danach gaben 53,7 % aller Erwachsenen an, eine chronische Krankheit oder ein lang dauerndes Gesundheitsproblem zu haben. Ab dem Alter von 65 Jahren steigert sich die Zahl kontinuierlich bis auf 75,8 % bei den über 80-Jährigen. Unterschiede bestehen nach Geschlecht (Frauen > Männer), nach Regionen und nach Bildungsgrad.[69] Kreise mit unterdurchschnittlicher Versorgung weisen dabei eine um 15 bis 20 % höhere Rate an chronischen Erkrankungen auf.[70] Es zeichnet sich ein erheblicher, zum einen langfristiger und gleichzeitig auch komplexer werdender Versorgungsbedarf ab, der einer fach- und sektorübergreifenden Behandlung bedarf.[71]

Es bleibt festzuhalten, dass dieser steigende Versorgungsbedarf nicht naturgegeben, sondern durchaus auch beeinflussbar ist. Wie oben in den Empfehlungen bereits erwähnt, sollte eine verstärkte regionale Vernetzung mit entsprechender finanzieller Anreizsetzung dazu genutzt werden, den **Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung** gezielt anzustreben. Wie eine Simulationsrechnung der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusam-

66 Vgl. Zahorka et al. (2024), S. 231

67 Vgl. Hildebrandt et al. (2025), S. 266

68 Vgl. vdek (2025b)

69 Vgl. RKI (2025)

70 Vgl. Badura et al. (2020)

71 Natürlich lassen sich auch weitere Ansatzpunkte entwickeln, um den Bedarf an ärztlicher Arbeitszeit zu entlasten. Diese sind nicht Gegenstand dieser Studie. Wir verweisen nur etwa auf die Option, frühzeitige präventive Maßnahmen zu ergreifen und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bereits ab dem Kindesalter zu stärken. Weitere Optionen bestehen in der Entlastung der hausärztlichen Praxen von überflüssiger Bürokratie, in einer Reduktion der Praxiskontakte z. B. durch Änderung der Arbeitsunfähigkeitsregelungen sowie in der engeren Kooperation mit anderen Gesundheitsakteuren.

menarbeit und Entwicklung) schon 2023 anhand von Projektergebnissen einer Modellregion in Deutschland ergab, können damit relevante Effekte auf die Verminderung der Kosten und die Vermehrung in Gesundheit verbrachter Lebensjahre erreicht werden.[72] Weitere Effekte lassen sich mit an Public Health orientierten Maßnahmen erreichen, hier sei nur an Lebensstilveränderungen in der Folge politischer Maßnahmen wie Rauchverbote, Werbeeinschränkungen und eines gezielten Einsatzes steuerlicher Anreize erinnert.

Ein weiteres Moment hausärztlicher Belastung ist die seit Jahrzehnten unverändert hohe Anzahl der Arztkontakte. Pro Einwohner/-in und Jahr liegt Deutschland gemäß OECD nach der Slowakei und Polen mit durchschnittlich 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten an dritter Stelle.[73] Zur Orientierung im Hinblick darauf, was mit weiter gehenden strukturellen Maßnahmen erreichbar ist, eignet sich ein Blick auf Schweden. Der gesamteuropäische Mittelwert von 6,8 Arztkontakten pro Jahr wird dort mit lediglich 2,6 Kontakten deutlich unterschritten, ohne dass sich dies in einer höheren Krankheitslast oder einer geringeren Lebenserwartung niederschlägt. Zudem ist Schweden ein großes, dünn besiedeltes Flächenland mit oft erheblichen Entfernungen zu ärztlicher Versorgung. Frühzeitig wurde in diesem Land jeder Schritt des Gesundheitswesens digitalisiert. Jede Patientin und jeder Patient hat zunächst (außer bei medizinischen Notfällen) die staatlicherseits bereitgestellten digitalen Optionen wahrzunehmen, bevor ein Präsenztermin in einem Gesundheitszentrum angeboten wird, für den zwischen zehn und 30 Euro pro Konsultation (maximal ca. 130 Euro pro Jahr) zu zahlen sind.[74]

In Deutschland werden die großen internationalen Unterschiede bei der **Zahl der Arztkontakte** häufig auf die bislang noch schwach ausgeprägte Digitalisierung des Gesundheitssystems, dessen wiederkehrende Dysfunktionalität sowie auf den Quartalsbezug des Abrechnungssystems zurückgeführt. Diese Erklärung trifft im Wesentlichen zu. Allerdings setzen auch Leitlinien und Qualitätsnormen – etwa Disease-Management-Programme oder Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit – weiterhin regelmäßige Präsenzkontakte voraus, die nicht allein der individuellen Absprache zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der Ärztin bzw. dem Arzt unterliegen. Der international übliche **Praxis-Patienten-Kontakt**, der auch Kontakte allein durch Fachpersonal bei Routineaufgaben oder leichteren Erkrankungen unter ärztlicher Supervision ermöglicht, sollte in Deutschland deshalb dringend und kurzfristig etabliert werden. Zu den Kontakten aufgrund leichter Erkrankungen oder Kontrollen oder nur zum Erhalt von Attesten, Bescheinigungen etc. bemerkt der SVR in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen“:

> *„Als nicht notwendige Kontakte werden all diejenigen Arzt-Patienten-Kontakte bezeichnet, die weder zur Verbesserung noch zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Patienten beitragen oder die durch andere Gesundheitsberufe oder Praxiskontakte bei vergleichbaren Resultaten effizient erbracht werden können.“*[75]

Die vorliegende Studie zeigt, in welch erheblichem Umfang die hausärztliche Versorgungskapazität bereits unter heutigen Rahmenbedingungen durch den verantwortungsvollen Einsatz qualifizierter Praxisassistenzberufe ausgeweitet werden kann – vorausgesetzt, die Beteiligten bringen ein hohes Maß an Engagement ein. Jetzt ist die Zeit gekommen, dieses Wissen zu verbreiten und die notwendigen Unterstützungsstrukturen für eine breite Umsetzung bereitzustellen. Neben den o. g. strukturellen Maßnahmen – und um ihre Wirkung voll zu entfalten – empfiehlt sich – unter Rückgriff auf die Erfahrungen aus dem KVWL-Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich“[76] – die **Erstellung eines Leitfadens** sowie eines **Organisations- und Ablaufmodells** für den Einsatz von PAs und NäPAs in der Praxis. Ergänzend sollten spezifische **Fortbildungsangebote** entwickelt werden.

Außer den KVen sind hier auch die Krankenkassen und Landesregierungen bzw. die **kommunalen Verwaltungen** gefragt, die gerade für die schon heute betroffenen Landkreise und Regionen gezielt mit schon heute im Team arbeitenden Gemeinschaftspraxen in

72 Vgl. OECD (2023)
73 Vgl. OECD (2025)
74 Vgl. Naturleben Schweden (2024)
75 SVR (2024), S. 266
76 KVWL (2025)

den Kontakt gehen können, um die Erweiterung ihrer Versorgungskapazität durch den Einsatz von Delegationskräften anzuregen und zu begleiten. Die schon erwähnten **Regionalen Versorgungs- bzw. Gesundheitszentren**, wie sie in Niedersachsen und in Brandenburg geplant werden, wären ebenfalls ein solcher Ankerpunkt.

Der Vorteil liegt auf der Hand: Die supervidierte Delegation hausärztlicher Untersuchungs- und Versorgungsaufgaben an PAs und NäPAs liefert kurzfristig einen ausgesprochen wirksamen Hebel[77], um dem öffentlichen Eindruck einer fortschreitenden – teils bereits bestehenden, teils drohenden – Unterversorgung sowie dem Vorwurf eines Versagens bei der **Sicherstellung einer verlässlichen Gesundheitsversorgung** entgegenzuwirken. Schon 2030 kann Deutschland damit in der Lage sein, die hausärztliche Versorgung auch in den Regionen zu sichern, die sich heute um Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung Sorgen machen müssen. Gleichzeitig erlaubt eine solche Ausrichtung langfristig die Einbindung in ein erweitertes Modell von Primärversorgung, das sich nicht nur auf Versorgung konzentriert, sondern auch den Erhalt bzw. die Verbesserung der Gesundheit der regionalen Bevölkerung gezielt anstrebt.[78]

77 Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die Prüfung der Möglichkeiten der Delegation. Andere Simulationsrechnungen könnten prüfen, wie sich etwa der verstärkte Einsatz von KI, von Advanced Practice Nurses, von Community Health Nurses und von Home-Test-Kits sowie eine Deregulierung heutiger administrativer Bürden auf Hausarztpraxen zusätzlich entlastend auswirken würden. Vgl. dazu u. a. Nolting et al. (2021)

78 Vgl. Hildebrandt et al. (2025), S. 261 ff.

6. Literatur & Quellenverzeichnis

AOK-Bundesverband (2024): Wachsende Sorgen um hausärztliche Versorgung. https://www.aok.de/pp/gg/update/wachsende-sorgen-um-hausaerztliche-versorgung/

AOK-Bundesverband (2025): Von Anfang an gut versorgt – Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland. https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=45785&dl=1&token=69add06085ca1b0eb057d1d07feb2ffd158c9cde&download=1

Averbeck H, Raedler J, Dhami R, Schwill S, Fischer JE (2024): Task shifting to improve practice efficiency: A survey among general practitioners in non-urban Baden-Wuerttemberg, Germany. *European Journal of General Practice* 30(1):2413123. https://doi.org/10.1080/13814788.2024.2413123

Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.) (2020): Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit. Springer, Berlin/Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) (2026): Morbiditäts- und Sozialatlas – interaktives Datenportal zur regionalen Verteilung von Krankheiten und gesundheitlichen Indikatoren in Deutschland. https://www.bifg.de/atlas

Bertelsmann Stiftung (2025a): Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen. *Spotlight Gesundheit* 1/2025. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-hausaerztliche-versorgung-der-zukunft

Bertelsmann Stiftung (2025b): Befragung „Wie wollen Hausärztinnen und -ärzte zukünftig arbeiten?". Tabellenband. Erstellt vom infas Institut i. A. der Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/befragung-wie-wollen-hausaerztinnen-und-aerzte-zukuenftig-arbeiten

Bundesärztekammer (BÄK) (2022): Delegations-Vereinbarung. Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä). Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom 6. Januar 2022. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Delegationsvereinbarung_Anlage-8_BMV_AE_Stand_06-01-2022.pdf

Bundesärztekammer (BÄK) (2023): Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nichtärztliche Praxisassistentin". 3. Aufl. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/Nicht-aerztliche_Praxisassistentin_Curriculum_3.Auflage_2023.pdf

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK & KBV) (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoenliche_Leistungserbringung.pdf

Damm K, Hoeper J, Kriependorf M, Noll L, Witte T, Hoeper K (2025): Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeitende: qualitative Analyse von Erfahrungen im Rahmen der DELIVER-CARE Studie. *Zeitschrift* für Evidenz, Fortbildung und Qualität im *Gesundheitswesen*. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.10.006

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V. (DHPA) (2025): Datenerhebung DHPA 2024. Zahlen zu Studierenden und Studiengängen in Deutschland. Rheine: DHPA. https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2025/02/Datenerhebung-DHPA-2024-07.02.2025.pdf

Erdmann A, Ehlers A (2015): Ärztliche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140:62–64. https://doi.org/10.1055/s-0040-100430

Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J (2017): At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany – a questionnaire survey. *BMC Family Practice* 18:102. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0697-y

Hagen B, Bruder S, Frings S, Kretschmann J, Nieporte T (2025): Physician Assistants im ambulanten Bereich. Modellprojekt der KVWL. Abschlussbericht. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/PA/PA_Abschlussbericht_Zi_2025.pdf

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (HÄV) (2024a): Repräsentative Civey-Umfrage: Bürgerinnen und Bürger sind besorgt über die Zukunft der hausärztlichen Versorgung. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_09_19_Start_HAET_Civey_Umfrage_final.pdf

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (HÄV) (2024b): HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell. Ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.pdf

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V. (HÄV) (2026): Studiengang „Primary Care Management". Online-Informationen zum berufsbegleitenden Bachelor-Studium mit Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.). https://www.haev.de/themen/studiengang-primary-care-management

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V. (HÄVBW) (2025): Bundesweit erste HÄPPI-Vergütung für Hausarztpraxen in Baden-Württemberg – Pressemitteilung vom 26. Juni 2025. https://www.haevbw.de/Presse/2025_06_26_pm_haeppi~n-15549

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V. (HÄVBW) (2026a): Gesundheitsberufler und Stipendium – Informationen zu akademischen nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Vergütung und Fördermöglichkeiten. https://www.haevbw.de/gesundheitsberufler

Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e. V. (HÄVBW) (2026b): HÄPPI – Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell. Online-Informationen zum Versorgungskonzept und zur Pilotphase des HÄPPI-Modells. https://www.haevbw.de/haeppi

Health Transformation Hub (HTH) (2025): Health Transformation: MVZ Birkenallee Hub. https://www.healthtransformationhub.de/beschaeftigte/papenburg/

Hildebrandt H, Sturm H, Walther P, Zahorka M (2025): Wie Primärversorgung mit einem Präventionsanreiz wirklich Nutzen stiften kann. *Welt der Gesundheitsversorgung* 6/2025:261–268. https://optimedis.de/wp-content/uploads/2025/12/WdG_6-2025_Erweiterte-Primaerversorgung_Hildebrandt-etal.pdf

Höhl R (2022): Für wen rechnet sich die VERAH? ÄrzteZeitung, Praxis & Wirtschaft. https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Fuer-wen-rechnet-sich-die-VERAH-433700.html

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (2025): PAAM – Physician Assistants meet Allgemeinmedizin. Projektseite des Innovationsfonds zur Förderung neuer Versorgungsformen im ambulanten Bereich. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/paam.638

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2013): Anlage 24 – Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. Vereinbarung vom 1. Oktober 2013, Stand 1. Januar 2015. https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2024): Bundesarztregister – Statistik zum 31.12.2024. https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2024-12-31-BAR-Statistik.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025): Behandlungsfälle und Leistungsbedarf – Gesundheitsdaten. Zahlen und Fakten zur ambulanten Versorgung in Deutschland. https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/behandlungsfaelle-leistungsbedarf

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) (2026): Physician Assistant (PA) in der ambulanten Versorgung. Online-Informationen zur Rolle des Physician Assistant in der Praxis und zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung. https://www.kvno.de/praxis/praxismanagement/physician-assistant

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) (2025): Physician Assistant (PA) – Informationen zur Rolle und Integration von Physician Assistants in der ambulanten Versorgung. Online-Informationen mit Leitfaden, Projektbeispielen und Praxis-Tipps. https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant

Landesärztekammer Brandenburg (2025): Brandenburgisches Ärzteblatt 12/2025. Offizielles Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Brandenburg, 35. Jahrgang. https://www.laekb.de/fileadmin/user_upload/AErzteblatt_2025_12.pdf

Laschet H (2024): Drei Ärzte, 10.000 Patienten: Delegation macht es möglich. https://www.aerztezeitung.de/Politik/Drei-Aerzte-10000-Patienten-Delegation-macht-es-moeglich-454477.html

Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Systematic Reviews* 7(7):CD001271. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3

Leong SL, Teoh SL, Fun WH, Lee SWH (2021): Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice* 27(1):98–210. https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1954616

Maier CB, Aiken LH, Busse R (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers, No. 98*. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/a8756593-en

Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D (2022): Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung – Befragung unter den KVen zum Einsatz von NäPA. Zi-Paper 25/2022. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_25-2022_NaePA.pdf

MediTech (2026): MedicBot – KI-Assistenzplattform für Arztpraxen: Automatisierung von Patientenkommunikation, Dokumentation und Praxisabläufen. Online-Informationen zur KI-gestützten Praxissoftware. https://meditech-ai.de/

Mergenthal K, Güthlin C, Beyer M, Gerlach FM, Siebenhofer A (2018): How Patients View and Accept Health Care Services Provided by Health Care Assistants in the General Practice: Survey of Participants of the GP-centered Health Care Program in Baden-Wuerttemberg. *Gesundheitswesen* 80(12):1077–1083. https://doi.org/10.1055/s-0042-110402

Miralles JG, Heintze C, Dini L (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 156:50–58. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.07.010

Mirhoseiny S, Geelvink T, Martin S, Vollmar HC, Stock S, Redaelli M (2019): Does task delegation to non-physician health professionals improve quality of diabetes care? Results of a scoping review. *PLOS ONE* 14(10):e0223159. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223159

Mußgnug T, Mangiapane S, Czihal T (2022): Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 98:298–303. https://doi.org/10.53180/zfa.2022.0298-0303

Naturleben Schweden (2024): Gesundheitssystem in Schweden. Artikel zu Aufbau, Finanzierung, Versorgungspraxis und Besonderheiten des schwedischen Gesundheitssystems. https://naturlebenschweden.de/gesundheitssystem-in-schweden/

Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (2025): „Alles unter einem Dach“: Regionale Versorgungszentren in den ländlichen Räumen. Online-Informationen zu Modellprojekten Regionaler Versorgungszentren zur Stärkung der Daseinsvorsorge. https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/regionale_landesentwicklung/regionale_versorgungszentren_in_niedersachsen/alles-unter-einem-dach-regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html

Nolting H-D, Ochmann R, Zich K (2021): Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. IGES-Studie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2023): Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

Robert Koch-Institut (RKI) (2025): Chronisches Kranksein – Funktionseinschränkungen bei chronischen Krankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Online-Portal mit Indikatoren zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/Funktionseinschraenkungen/ChronischesKranksein/chronischesKranksein_node.html

Ruppel T, van den Berg N, Hoffmann W (2016): Juristische Analyse der Umsetzungsregelungen der Delegation vertragsärztlicher Hausbesuche an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe – ist die Umsetzung in Einklang mit dem Willen des Gesetzgebers? *Gesundheitswesen* 78(10):622–627. https://doi.org/10.1055/s-0042-108646

Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Springer SJ, Bruns P (2025): Ärztliche Delegation an Physician Assistants (PAs): Organisationsverschulden als Primärrisiko in haftungsrelevanten Grenzfällen. *Gesundheitswesen* (Online ahead of print). https://doi.org/10.1055/a-2763-5405

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. Tabellen zu Bildung und Forschung mit Originalwerten und Veränderungsraten. Statistisches Bundesamt (online). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2025a): Delegation ärztlicher Leistungen – wichtiger Schlüssel für die Versorgung. *vdek Magazin* 4/2025. https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2025-04/delegation-aerztlicher-leistungen.html

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2025b): Modellprojekt der Ersatzkassen – Flächendeckende Versorgung durch regionale Gesundheitspartner. *Fokus Gesundheitssystem.* https://www.vdek.com/fokus/regionale-gesundheitszentren-rgz.html

Wangler J, Jansky M (2024): Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Befunde einer quantitativen Umfrage von Allgemeinmediziner*innen. *Bundesgesundheitsblatt* 67:998–1009. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03896-4

Wende D, Bobeth C, Schulte C, Rößler M (2025): Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). https://doi.org/10.30433/ePGSF.2025.002

Wiedemann T (2025): Hausärztliche Versorgung im Wandel – Regionale Herausforderungen. *Zeitschrift* für *Allgemeinmedizin* 101:420–428. https://doi.org/10.1007/s44266-025-00455-1

WHO-Euro (2023): Scaling primary health care through networks and other models: Primary health care policy paper series. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8268-48040-71195

Wolf F, Krause M, Meißner F, Rost L, Bleidorn J, Dierks MT, Kuschick D, Kuempel L, Toutaoui K, Riens B, Schmidt K, Heintze C, Döpfmer S (2023): Einstellungen von Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten zur Delegation ärztlicher Leistungen – Ergebnisse einer Befragung in Berlin, Brandenburg und Thüringen. *Gesundheitswesen* 85:1115–1123. https://doi.org/10.1055/a-2158-8982

Zahorka M, Sturm H, Hildebrandt H (2024): Was wir von Frankreich lernen können. *f&w* 3/2024: 45–55. https://optimedis.de/wp-content/uploads/2024/04/fuw_2024_03_230-232_Zahorka.pdf

7. Projektteam OptiMedis

Team



Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt
Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitssystemdesigner



Dr. med. Monika Schliffke
Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein a. D.



PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm, MPH
Versorgungsforscherin und Innovationsplanerin



Steven Renner
Geschäftsführer eines kommunalen MVZ und Berater



Pascal Wendel
Datenanalytiker und
Leiter Health Data Analytics

Über die OptiMedis AG

OptiMedis ist ein 2003 gegründetes Innovations- und Beratungsunternehmen für die Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegeversorgung mit Sitz in Hamburg. Das Unternehmen verbindet Forschung, Datenanalytik und Managementkompetenz und entwickelt datengestützte Lösungen für Prävention, Versorgung und Digitalisierung. Dazu zählen unter anderem patientenorientierte und nachhaltige Versorgungsmodelle, insbesondere im kommunalen Raum sowie in der Primärversorgung. OptiMedis arbeitet bundesweit und in Kooperation mit Partnern in mehreren europäischen Ländern. Weitere Informationen finden sich unter www.optimedis.de.

Adresse | Kontakt
Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
bertelsmann-stiftung.de

Dr. Christian Schilcher
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon: +49 5241 81-81362
christian.schilcher@bertelsmann-stiftung.de
bertelsmann-stiftung.de/gesundheit
healthtransformationhub.de

BertelsmannStiftung