

Pascal Wendel
 PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm
 Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt
 Prof. Dr. rer. oec. Philipp Walther

Delegation im haus- ärztlichen Praxisteam

Potenziale und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenten

Die hausärztliche Versorgung ist in vielen Regionen Deutschlands bereits heute gefährdet. Demografische Entwicklungen, veränderte Arbeitszeitpräferenzen von Hausärzten sowie steigende und komplexer werdende Anforderungen der Patienten verschärfen die Situation weiter. Viele Menschen befürchten Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung. Der häufig geäußerte Ruf nach mehr Studienplätzen für 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 nachhaltig zur Sicherung der Versorgung beitragen kann. Im Fokus steht die Frage: Kann durch den gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit die Versorgungssicherheit deutschlandweit erhöht werden? Die Bertelsmann Stiftung hat es ermöglicht, für die Studie zwei größere, ärztlich getragene Hausarztpraxen, die Praxisassistentenberufe bereits in umfangreichem Maße für die Delegation einsetzen (im Folgenden „Innovationspraxen“), mit drei kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen“) zu vergleichen. Die Praxen wurden eingehend analysiert; Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung sowie die daraus resultierende Entlastung konnten erhoben werden.

>> Gleichzeitig wurden neue Studien und Prognosen u. a. vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung zur hausärztlichen Versorgungssituation zur Verfügung gestellt und durch Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung unterstützt. Damit konnten sowohl die Bedarfssituation der Bevölkerung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung als auch das hausärztliche Versorgungsangebot – einschließlich der zu erwartenden Veränderungen bei Arbeitszeiten und Teilzeitquoten – 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 Prozent gemäß Bedarfsplanung entspricht.

Zusammenfassung

Einführung: Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht zunehmend unter Druck. Bereits heute sind zahlreiche Hausarztsitze unbesetzt, und bis 2030 wird ein zusätzlicher Bedarf von rund 8.200 in Vollzeit tätigen Hausärzten erwartet. Vor diesem Hintergrund untersucht die hier beschriebene Studie, in welchem Umfang durch den gezielten Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe hausärztliche Arbeitszeit effizienter genutzt und damit mehr Versorgungssicherheit erreicht werden kann.

Methoden: Grundlage der Analyse ist ein Vergleich von zwei Hausarztpraxen mit weitreichend etablierten Delegationsmodellen („Innovationspraxen“) und drei kommunal getragenen medizinischen Versorgungszentren („Standardpraxen“). Untersucht wurden Fallzahlen, Leistungsprofile, Arbeitsteilung und Entlastungseffekte. Ergänzend wurden Prognosen des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung einbezogen. Auf dieser Basis wurden Simulationen zur zukünftigen Versorgungskapazität durchgeführt. Zudem flossen Ergebnisse aus repräsentativen Befragungen von Hausärzten, Ärzten in Weiterbildung sowie der Bevölkerung ein.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Delegation geeigneter Aufgaben an qualifizierte Praxisassistentenberufe im Durchschnitt rund 65% des ärztlichen Zeitvolumens eingespart werden können. Dadurch gewinnen Hausärzte zusätzliche Kapazitäten für komplexe Behandlungen und Patientengespräche. Simulationsrechnungen zufolge kann die bis 2030 erwartete Versorgungslücke rechnerisch durch den Einsatz von entsprechend qualifizierten Praxisassistentenberufen ausgeglichen werden. Gleichzeitig zeigen Befragungen eine hohe Akzeptanz für eine stärkere Aufgabenteilung sowohl bei der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die stärkere Einbindung qualifizierter Praxisassistentenberufe ein zentrales Potenzial zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung darstellt. Voraussetzung sind geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen sowie eine konsequente Umsetzung arbeitsteiliger Versorgungsmodelle. Die Studie zeigt, dass die Sicherung der Versorgung nicht allein von zusätzlichen ärztlichen Kapazitäten abhängt, sondern wesentlich durch eine effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen erreicht werden kann.

Schlüsselwörter

Delegation, hausärztliche Versorgung, Praxisassistenten, Physician Assistant, Versorgungskapazität, Primärversorgung, Task Shifting, Versorgungsplanung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2812>

Das Gutachten „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung: Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung“ zeigt im Vergleich, dass sich die erhöhte Delegationsintensität der beiden Innovationspraxen sowohl quantitativ durch eine höhere Zahl behandelter Patienten pro Arzt als auch qualitativ durch eine erweiterte Versorgungstiefe in Form intern erbrachter Leistungen wie z. B. Diagnostik, Wundversorgung oder geriatrischer Assessments ausweist.

Beide Innovationspraxen unterscheiden sich dabei hinsichtlich des konkreten Einsatzes der Delegationskräfte. Die detaillierte Analyse kommt aber für beide zum ungefähr gleichen Berechnungsergebnis: Physician Assistants bzw. Nichtärztliche Praxisassistenten (PA/NäPA) und ähnliche weitergebildete Praxisassistentenberufe können schon heute innerhalb der geltenden Delegationsvereinbarungen unter Supervision im Schnitt 65% des ansonsten erforderlichen Zeitvolumens von Hausärzten ersetzen. Dies lässt sich durch die Konzentration der Ärztinnen und Ärzte auf ihre Kernaufgaben sowie durch

Anm.: Zur Vereinfachung wird teilweise der Begriff „weitergebildete Praxisassistentenberufe“ verwendet. Er umfasst auch grundständig akademisierte Praxisassistentenberufe.

eine breite Delegation gewährleisten. Anders ausgedrückt kann ein Hausarzt sein Versorgungsvolumen durch den Einsatz von Delegationskräften rechnerisch auf nahezu das Dreifache steigern.

Als delegierbare Leistungsbereiche erweisen sich insbesondere leicht standardisierbare, routinenahen Tätigkeiten, wie z. B.:

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

Ein weiterer Blick z. B. auf die Erfahrungen einer MVZ-Trägergesellschaft mit der Ausstattung ihrer Arztpraxen im Verhältnis von einem Physician Assistant pro 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.

In der Folge nutzt das Gutachten die aus der Analyse der Innovationspraxen ermittelte Delegationsquote von 65 Prozent, um die daraus möglichen Effekte zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu simulieren. Grundlage der Simulation ist das oben bereits erwähnte Basisszenario des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung. Ergänzend wird in der Simulation ein höherer Bedarf von insgesamt rund 8.200 Vollzeitäquivalenten als Maßstab für eine angestrebte Vollversorgung im Jahr 2030 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 Arztstühle 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 Praxisassistenten bis zum Jahr 2030 sowohl der vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung errechnete zusätzliche Bedarf an Hausärzten als auch der Bedarf durch die heute rund 5.000 unbesetzten Arztstellen gedeckt und sogar übertroffen werden kann. Rechnerisch stehen hierfür die bereits vorhandenen sowie die sich derzeit in Ausbildung befindlichen potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter grundsätzlich zur Verfügung. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach diesen Ausbildungsgängen sowohl bei Medizinischen Fachangestellten als auch bei Schulabgängern. Diese überschießende Deckung des Bedarfs besteht selbst unter restriktiven Annahmen fort – etwa bei überwiegender Teilzeittätigkeit, einer späteren Beschäftigung in Hausarztpraxen von lediglich 25 Prozent und unter Berücksichtigung der Zeit für die Einführung neuer Arbeitsorganisationen in den Praxen. Entsprechend wurde in der Simulation von einem langsam ansteigenden Umsetzungsgrad ausgegangen, der von 15 Prozent im Jahr 2026 auf 70 Prozent im Jahr 2030 anwächst.

Aufgrund der Hypothese, dass der Einsatz von Delegationskräften eher in größeren Praxen sinnvoll und kurzfristig möglich ist, wurde in einer Plausibilitätsabschätzung zusätzlich berechnet, wie viele Hausärzte in kooperativen Strukturen jeweils auf eine Delegationskraft kommen müssten, um die oben beschriebene Voll-

versorgungslösung zu erreichen. Die Modellierung kommt zu dem Ergebnis, dass auch im Jahr 2030 nur eine Delegationskraft auf 1,7 hausärztliche Vollzeitäquivalente eingestellt werden müsste.

Zusammenfassend kommt die Simulationsrechnung zu dem Ergebnis, dass der verstärkte Einsatz weitergebildeter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung möglich und sinnvoll ist. Aufgrund wachsender Ausbildungskapazitäten und einer hohen Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt ist mittelfristig dazu auch von ausreichend qualifizierten Fachkräften auszugehen. Bis zum Jahr 2030 kann damit Arbeitszeit im Umfang von 8.818 vollzeitbeschäftigten Hausärzten freigesetzt werden. Rechnerisch ist damit bundesweit eine Vollversorgung möglich.

Für die Beschäftigung weitergebildeter Praxisassistentenberufe 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.

Als zentrale Herausforderungen wurden 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 Hausärzterverbands auch bereits umgesetzt werden. In der Würdigung aller Argumente kann davon ausgegangen werden, dass einem breitflächigen Einsatz von Physician Assistants bzw. Nichtärztlicher Praxisassistenten in den oben beschriebenen Delegationsfeldern keine unüberwindbaren Hindernisse entgegenstehen.

Im Ergebnis wird ein Zielbild eines erweiterten Primärversorgungssystems beschrieben, in dem die hausärztliche Arbeitszeit vorrangig auf medizinische Kernleistungen, Teamkoordination sowie Planungs-, Aufsichts- und Ergebnisverantwortung konzentriert wird. Die Versorgungsaufgaben werden dabei unter ärztlicher Verantwortung und auf Grundlage bestehender Delegationsvereinbarungen arbeitsteilig im Team erbracht – entsprechend der jeweiligen Qualifikation und individueller Vereinbarungen zwischen Arzt und weitergebildeten oder akademisch qualifizierten Praxisassistentenkräften. Digitale Tools unterstützen und übernehmen Aufgaben wie Dokumentation, Patientensteuerung, Qualitätssicherung sowie die Automatisierung externer Anfragen. Qualifiziertes Fachpersonal nutzt Telemedizinprechstunden mit Fach- und Klinikärzten, 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.

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. Primärversorgungszentren mit Beschäftigung von weiterqualifizierten bzw. akademisch qualifizierten Praxisassistentenberufen in der Hausarztsitzvergabe bevorzugen¹.
- Krankenkassen und KVen sollten begleitend die Vergütungsstrukturen auf die Teamleistung ausrichten (Praxis-Patienten-Modell). Sie sollten dies mit der Setzung von praxis- und sektorübergreifenden Anreizen verbinden – zur gezielten Versorgung von alters-, einschränkungsbedingten und sozioökonomisch komplexeren Versorgungsbedarfen sowie zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung. Ziel ist es, eine regionale Vernetzung – ähnlich dem französischen Modell der „Communautés professionnelles territoriales de santé“ – anzuregen und ein Gesundheitssystem zu schaffen, das sich nicht nur auf Versorgung, sondern auch auf den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit konzentriert².
- Der Gesetzgeber sollte mit der BÄK zusammen eine höhere Rechts- und Haftungssicherheit für die erleichterte Nutzung der telemedizinischen Hinzuziehung von Ärzten und von digitalen Patientenunterstützungssystemen schaffen, sodass Ärzte als Supervisoren zwar verantwortlich haften, aber die heutigen digitalen Möglichkeiten nutzen können und räumlich nicht am gleichen Ort sein müssen. Eine Überarbeitung der Delegationsvereinbarung sollte die eigenständige Beratung und Erläuterung von Lebensstiländerungen und zur besseren Krankheitsbewältigung insbesondere bei Chronikern für PAs/NäPAs ermöglichen, ggf. auch Fortschreibungen zu Heilmittelverordnungen, sodass eine ärztliche Supervision nur für Konfliktfälle und Situationen außerhalb der in der Praxis vereinbarten Leitlinien erforderlich bleibt.³

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 langdauerndes 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 Bildungsgrad⁴. Kreise mit unterdurchschnittlicher Versorgung weisen dabei eine um 15 bis 20% höhere Rate an chronischen Erkrankungen auf⁵. Es zeichnet sich ein erheblicher, zum einen langfristiger und gleichzeitig auch komplexer werdender Versorgungsbedarf ab, der einer fach- und sektorübergreifenden Behandlung bedarf⁶.

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 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) 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 werden⁷. Weitere Effekte lassen sich mit an Public Health orientierten Maßnahmen erreichen, hier sei nur an Lebensstiländerungen in der Folge politischer Maßnahmen wie Rauchverbote, Werbebeschränkungen und eines gezielten Einsatzes steuerlicher Anreize erinnert.

Ein weiteres Moment hausärztlicher Belastung ist die seit Jahrzehnten unverändert hohe Anzahl der Arztkontakte. Pro Einwohner und Jahr liegt Deutschland gemäß OECD nach der Slowakei und Polen mit durchschnittlich 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten an dritter Stelle⁸.

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. 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 dem Patienten und dem Arzt bzw. der Ärztin unterliegen. Der international übliche Praxis-Patienten-Kontakt, der auch Kontakte allein durch Fachpersonal bei Routineaufgaben oder leichter Erkrankungen unter ärztlicher Supervision ermöglicht, muss in Deutschland deshalb dringend und kurzfristig etabliert werden. Zu den Kontakten aufgrund leichter Erkrankungen, 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“*⁹.

- 1: vgl. den analogen Vorschlag des AOK-Bundesverbandes in seinem Positionspapier „Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland“ vom 16.7.2025 <https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=45785&dl=1&token=69add06085ca1b0eb057d1d07feb2ffd158c9cde&download=1>
- 2: vgl. Hildebrandt et al. (2025), S. 266
- 3: Mehr dazu und auch zu den rechtlichen Herausforderungen der Delegationsvereinbarung und den weiteren politischen Vorschlägen findet sich in der Studie: https://optimedis.de/studie_delegation_im_praxisteam.pdf und in dem von der Bertelsmann Stiftung herausgegebenen Spotlight Gesundheit <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-teamarbeit-gegen-den-aerztmangel>
- 4: RKI (2025)
- 5: Badura et al. (2020)
- 6: Natürlich lassen sich auch weitere Ansatzpunkte entwickeln, um den Bedarf an ärztlicher Arbeitszeit zu entlasten. Diese sind nicht Gegenstand dieser Studie. Es wird nur auf die Option verwiesen, frühzeitig 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 Arbeitsfähigkeitsregelungen sowie der engeren Kooperation mit anderen Gesundheitsakteuren
- 7: OECD (2023)
- 8: OECD (2025)
- 9: SVR (2024), S. 266

Ein Umsetzungstool für die Versorgungsplanung

Aufbauend auf dem Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung wurde jetzt zusätzlich eine webbasierte und geocodierte Simulation der lokalen Steigerungspotenziale der hausärztlichen Versorgungskapazität durch Einstellung von qualifizierten Arztassistenzberufen und Delegation von Aufgaben hausärztlicher Versorgung entwickelt. Dieses **Softwaretool** zeigt bis auf die **Mikroebene einzelner Arztpraxen und Gemeinden**, wie die lokale Versorgungskapazität durch Delegation bedarfsgerecht ausgebaut und Unter- bzw. Minderversorgung reduziert werden kann.

Ganz konkret lässt sich das für jede Gemeinde und jeden „Hausärztlichen Planungsbereich (HPB)“ berechnen und simulieren. Dazu wurde eine deutschlandweite Kartendarstellung mit den jeweiligen Versorgungsgraden auf Gemeindeebene (kleinteiliger als bisher bei der KV üblich) sowie den Arztpraxen entwickelt, mit der dann simuliert werden kann, wie durch den Einsatz von qualifizierten Arztassistenzberufen die jeweils örtlich verfügbare Versorgungskapazität erhöht werden kann, und zwar auch inkl. der bifg-Prognosen für die Jahre 2030, 2035, 2040.

In der Detailansicht werden die Standorte hausärztlicher Praxen als schwarze Punkte gezeigt. Die Punktgröße zeigt die Anzahl der dort tätigen Ärzte. Im Hintergrund zeigt ein 100-Meter-Raster die sogenannten Zugangsminuten. Diese geben für jeden Standort an, wie viel hausärztliche Behandlungszeit pro Einwohner und Jahr theoretisch verfügbar ist und innerhalb von maximal 20 Minuten Fahrzeit erreicht werden kann.

Dabei werden berücksichtigt:

- die räumliche Verteilung der Einwohner,
- die verfügbaren Arzt-Vollzeitäquivalente
- die Erreichbarkeit über das Straßennetz.

Je roter die Fläche, desto schlechter ist der Zugang zur Versorgung.

Am Beispiel des Hausärztlichen Planungsbereichs (HPB) Sulingen in Niedersachsen mit aktuell schon erheblicher Unterversorgung (nur 65% Versorgungsgrad) und einem für 2030 sogar noch niedriger prognostizierten Versorgungsgrad von nur noch 52% soll jetzt das Verfahren der Simulation verdeutlicht werden:

Das Tool ermöglicht es, den Einsatz von qualifiziertem Praxisassistentenpersonal (PA) an einzelnen Praxisstandorten zu simulieren (automatisch oder manuell). So wird sichtbar, wie sich die Versorgung im Umfeld der Praxen kleinräumig verändern kann. Praxen mit PA/NäPA werden als grüner Punkt dargestellt.

Im folgenden Beispiel (Abb. 1) wurden im Südteil des HPB Sulingen in der Gemeinde Kirchdorf einer Großpraxis mit 7 Ärzten 6 PA und einer Praxis von 3 Ärzten in Freistatt 3 PA manuell zugeordnet.

Im nächsten Beispiel (Abb. 2) wurden

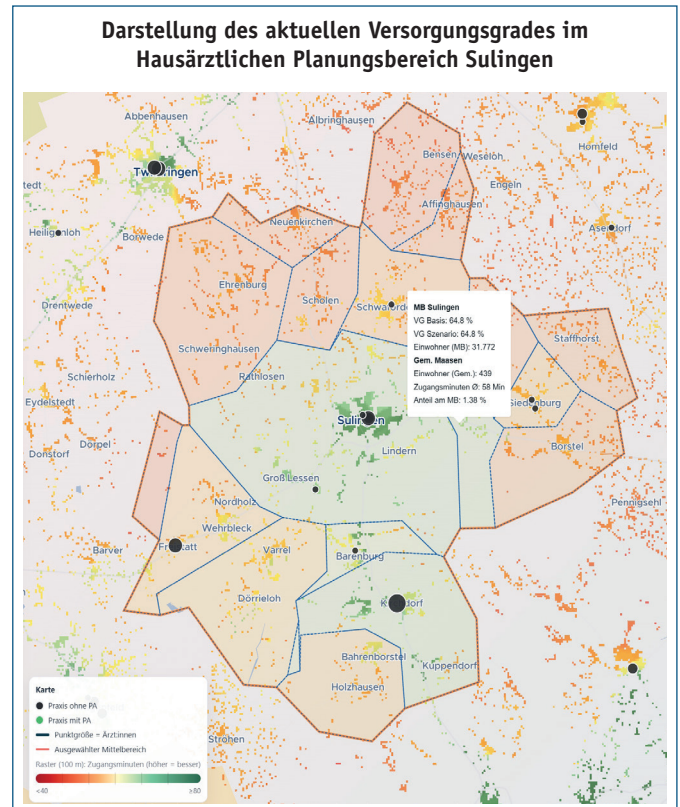


Abb. 1: Darstellung des aktuellen Versorgungsgrades im Hausärztlichen Planungsbereich Sulingen (Niedersachsen). Eigene Darstellung.

den 11 Praxen in HPB Sulingen (mit 22 Ärzten) versuchsweise 14 PA manuell zugeordnet. Dadurch verbessert sich die Versorgung im HPB Sulingen rechnerisch auf 111% und die Zugänglichkeit verbessert sich deutlich. Die dennoch verbleibende Einschränkung in den nördlichen Teilen müsste durch die Nachbarkreise oder neue Praxisniederlassungen abgedeckt werden. Oder es müssten Lösungen

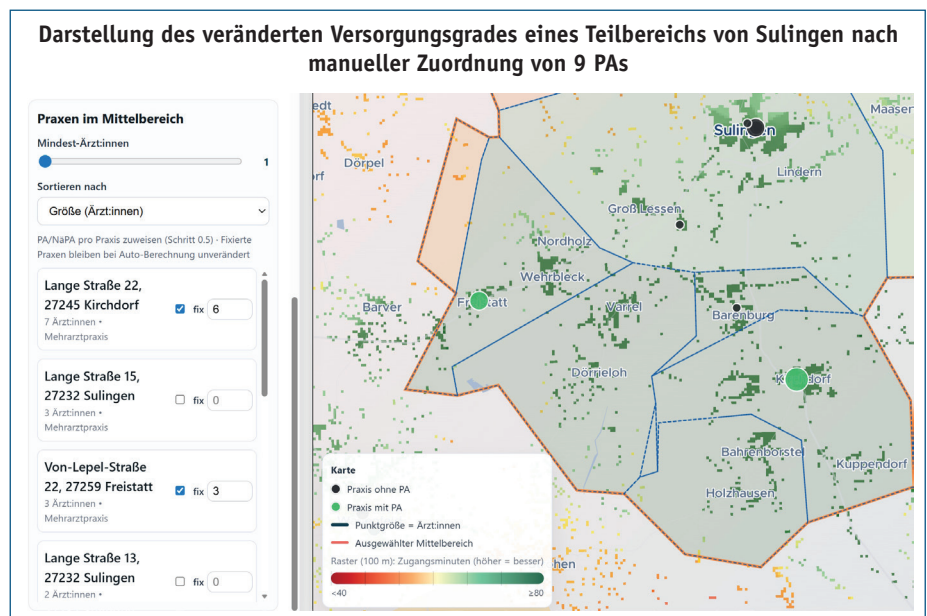


Abb. 2: Darstellung des veränderten Versorgungsgrades eines Teilbereichs von Sulingen nach manueller Zuordnung von 9 PAs. Eigene Darstellung.

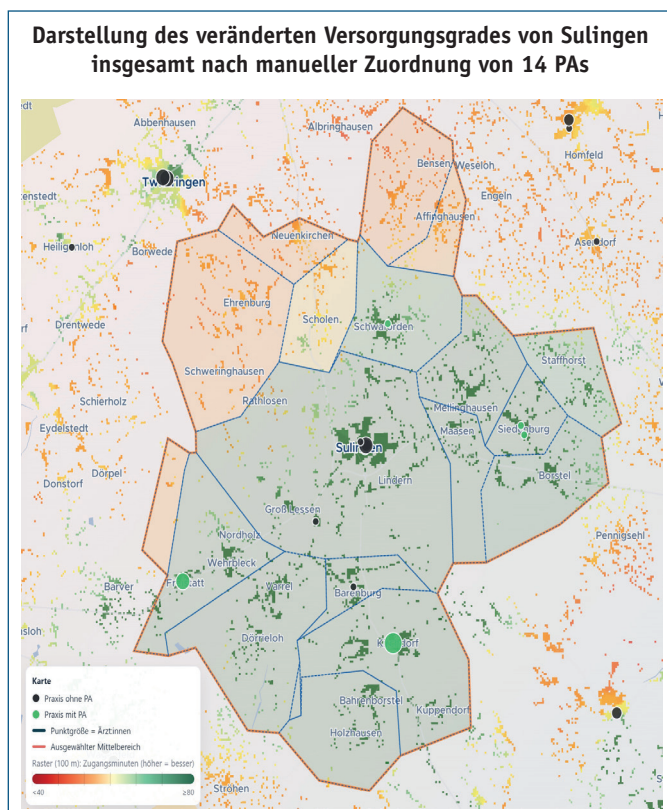


Abb. 3: Darstellung des veränderten Versorgungsgrades von Sulingen insgesamt nach manueller Zuordnung von 14 PAs. Eigene Darstellung.

ermöglicht werden, mobilitätseingeschränkte Personen durch Hausbesuche oder tageweise besetzte Standorte durch die größeren Praxen mitzuversorgen.

Für das Jahr 2040 würde nach der Prognose des bifg auch bei dieser intensiven Verbesserung durch die 14 PA dennoch der Versorgungsgrad für den Mittelbereich/HPB Sulingen nur bei 94% lie-

gen. Leicht zu erkennen ist auch, dass die nach Norden (Syke) und Osten (Nienburg) angrenzenden HPBs ebenfalls Zugänglichkeitsprobleme aufweisen.

Welche Fragestellungen können beantwortet werden?

- Welche HPB sind heute sowie 2030, 2035 und 2040 stärker von Minder- und/oder Unterversorgung betroffen? Wo besteht besonderer Handlungsbedarf – oder wo können Niederlassungen zukunftssicher geplant werden?
- Welche Arztpraxisstandorte eignen sich besonders gut für die Einstellung von Praxisassistentenpersonal, um die örtliche Versorgung zu verbessern? Und welche Praxen haben überhaupt Erweiterungspotenzial? Mit welchen Praxen sollte daher das Gespräch gesucht werden?

- Wie verteilt sich die Bevölkerung innerhalb der Hausärztlichen Planungsbereiche und Gemeinden? Wo ergeben sich besondere Herausforderungen für die Versorgung?

Für wen ist das Simulationstool nützlich?

- Kommunale Gebietskörperschaften, Landkreise und Gemeinden – zur Versorgungsanalyse, Darstellung, Planung
- Landespolitik und Landesplanung, die §-90a-Gremien, die Landesämter für das öffentliche Gesundheitswesen
- Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztliche Verbände, Krankenkassen, die Planungsinstanzen der kassenärztlichen Versorgung
- Ärzte, Großpraxen, MVZ-Träger und Krankenhäuser, die sich auf Ambulantisierung ausrichten und ihre Standortplanung an den Versorgungsbedarfen orientieren wollen
- Finanzierer von Niederlassungen und Praxiserweiterungen, z. B. Sparkassen und Banken

Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Mit einem Aufgreifen dieser Empfehlungen und dem entsprechenden Einsatz weitergebildeter bzw. akademisch qualifizierter Praxisassistentenberufe wird Deutschland in der Lage sein, die hausärztliche Versorgung in Deutschland bis 2030 auch in den Regionen zu sichern, die sich heute Sor-

Literatur

- AOK-Bundesverband (2025): Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland. Positionspapier vom 16.7.2025. <https://www.aok.de/pp/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=45785&d=1&token=69add06085ca1b0eb057d1d07feb2ffd158c9cde&download=1>
- 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>
- BÄRMER 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): Spotlight Gesundheit: Teamarbeit gegen den Ärztemangel. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-teamarbeit-gegen-den-aerztemangel>
- 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
- 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-et-al.pdf
- Hausärztinnen- und Hausärzterverband e.V. (HAEV) (2024b): HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell. Ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.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>
- OptiMedis AG (2026): Delegation im Praxisteam: Potenzialanalyse und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenten. https://optimedis.de/studie_delegation_im_praxisteam.pdf
- 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
- 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
- Wende D, Bobeth C, Schulte C, Rößler M (2025): Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. BÄRMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2025.002>

gen machen um Aufnahmestopps, lange Wege und eingeschränkte Zugänge zur Versorgung. Damit kann dem Eindruck einer fortschreitenden – teils bereits bestehenden, teils drohenden – Unterversorgung sowie dem Vorwurf eines Versagens bei der Sicherstellung einer verlässlichen Gesundheitsversorgung erfolgreich entgegengewirkt werden. <<

Delegation in Primary Care Teams: Potential Analysis and Implementation Tool to Increase Care Capacity through Qualified Practice Assistants

Introduction: Primary care in Germany is under increasing pressure. A significant number of general practitioner (GP) positions are already vacant, and by 2030 an additional shortage of approximately 8,200 full-time GPs is expected. This study examines to what extent delegating medical tasks to advanced and academically trained practice assistants can help maintain and expand care capacity.

Methods: The study compares two GP practices with well-established delegation models (“innovator practices”) with three publicly operated medical care centers (“standard practices”). Analyses included patient volumes, service profiles, task distribution, and workload effects. In addition, projections from the BARMER Institute for Health System Research were incorporated. Simulation models were used to estimate future care capacity. Furthermore, results from representative surveys of GPs, physicians in training, and the general population were included.

Results: Findings indicate that delegating suitable tasks to qualified practice assistants can reduce physicians’ workload by approximately 65% on average. This allows GPs to focus more on complex care and patient communication. Simulation results suggest that the projected shortage of GP capacity by 2030 could theoretically be compensated through the increased use of qualified practice assistants. Survey results show high acceptance of expanded task delegation among both physicians and the general population.

Discussion: The results highlight the substantial potential of task delegation to support primary care provision. Implementation requires appropriate regulatory, organizational, and financial frameworks as well as consistent adoption of team-based care models. The findings suggest that improving the use of existing workforce capacities may be more effective than relying solely on increasing the number of physicians.

Keywords

delegation, primary care, practice assistants, physician assistants, care capacity, task shifting, health workforce, care planning

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

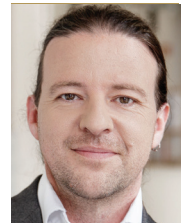
Wendel et al: „Delegation im hausärztlichen Praxisteam: Potenziale und Umsetzungstool zur Steigerung der hausärztlichen Versorgungskapazität durch qualifizierte Praxisassistenten?“ (MVF 02/26), S. 87–92. <http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2812>

Pascal Wendel

ist Fachinformatiker und leitet den Bereich Analytik Gesundheitsdaten & IT bei der OptiMedis AG in Hamburg. Sein inhaltlicher Schwerpunkt liegt auf Data Engineering, Business Intelligence Architecture sowie auf fundierten Datenbankauswertungen und dem Design von Gesundheitsdatensystemen.

Kontakt: P.Wendel@optimedis.de

ORCID: 0009-0002-3493-2837



PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH

ist Ärztin und Versorgungswissenschaftlerin. Sie ist Senior Managerin Versorgungsinnovationen & Versorgungsforschung bei der OptiMedis AG und arbeitet an Projekten und Konzepten zu regionalen integrierten Versorgungskonzepten. Sie leitete zehn Jahre lang den Bereich innovative Versorgung und Gesundheitssysteme am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen. Ihr Interesse gilt der Umsetzungsunterstützung von patientenzentrierten, integrierten und effizienten Versorgungslösungen. Kontakt: H.Sturm@optimedis.de

ORCID: 0000-0003-4327-7205



Dr. h. c. rer. medic. Helmut Hildebrandt

ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. Er war Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet. Er hat im Vorstand der International Foundation for Integrated Care und im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care für die Optimierung der Anreize zugunsten besserer Gesundheitsoutcomes für die Patienten mitgewirkt. Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de

ORCID: 0000-0002-2124-7227



Prof. Dr. rer. oec. Philipp Walther

ist Gesundheitsökonom und Professor für Gesundheitsmanagement an der Hochschule Fresenius. Er verfügt über langjährige Expertise in der Planung und Umsetzung regionaler Versorgungsstrukturen mit begleitender anwendungsorientierter Forschung. In dem von ihm initiierten Gesundheitsnetzwerk Gesundes Ostfriesland e. V. werden innovative Projekte zur Gesundheitsversorgung und Digitalisierung sowie Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt. Kontakt: Philipp.Walther@hs-fresenius.de

ORCID: 0000-0002-4964-817X

