Carolina Pioch · Robert Messerle

Interprofessionelle Teams in der haus-ärztlichen Versorgung

Eine Bestandsaufnahme auf Basis von Routinedaten

WIdO e-Paper 16 (2026)

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Interprofessionelle Teams in der hausärztlichen Versorgung
Eine Bestandsaufnahme auf Basis von Routinedaten
WIdO e-Paper 16 (2026)

Berlin, im Oktober 2026

Carolina Pioch, Robert Messerle

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
https://www.aok.de/pp/impressum/
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege (SenWGP)
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Melanie Hoberg
Satz: Tatjana Schwarz
Titelfoto: istockphoto/Cecilie_Arcurs

Copyright: © 2026 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
Creative Commons: Namensnennung - 4.0 International (CC BY 4.0)
https://creativecom-mons.org/licenses/by/4.0/deed.de
Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

DOI: https://doi.org/10.4126/FRL01-006529726

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: https://www.wido.de

Inhalt

Zusammenfassung/Abstract **4**

1 Einleitung **5**

2 Hintergrund: Qualifizierte Gesundheitsfachberufe **7**

3 Daten und Methodik **10**

4 Ergebnisse **14**

4.1 Entwicklung und Verbreitung 14

4.2 Praxisbezogene Merkmale 18

4.3 Patientenbezogene Merkmale 23

4.4 Hausbesuche 25

5 Diskussion **28**

6 Fazit **32**

Abbildungsverzeichnis **33**

Tabellenverzeichnis **34**

Glossar **35**

Literatur **36**

Zusammenfassung/Abstract

Zusammenfassung

Angesichts des demografischen Wandels und möglicher Versorgungsengpässe gilt der Einsatz von Nicht-ärztlichen Praxisassistenzen (NäPA) sowie Versorgungsassistenzen in der Hausarztpraxis (VERAH) als ein wichtiger Baustein zur Entlastung ärztlicher Kapazitäten. Auch weitere Gesundheitsfachberufe, etwa Physician Assistants (PA) und Pflegefachpersonen, können hierzu beitragen. Die vorliegende Analyse liefert auf Basis pseudonymisierter AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2015 bis 2024 eine bundesweite Bestandsaufnahme des Einsatzes von NäPA und VERAH.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zahl hausärztlicher Praxen mit mindestens einer NäPA oder VERAH zwischen 2015 und 2024 kontinuierlich von ca. 7.000 auf über 11.000 stieg, wenngleich sich das Wachstum ab 2020 verlangsamte. Ihr Anteil an allen hausärztlichen Praxen verdoppelte sich in diesem Zeitraum nahezu von ca. 20 % auf fast 40 %. Die Verbreitung variierte regional stark und war besonders in ländlichen Regionen mit geringer Hausarztdichte ausgeprägt. Zugleich korrelierte der Einsatz stark mit der Praxisgröße: Während weniger als 30 % der Einzelpraxen eine NäPA oder VERAH abrechneten, lag der Anteil in größeren Gemeinschaftspraxen ab drei Ärztinnen und Ärzten bei fast 60 %. Praxen mit NäPA oder VERAH versorgten einen höheren Anteil an chronisch kranken sowie pflegebedürftigen Personen. Hinsichtlich Alter, Geschlecht und allgemeiner Morbidität unterschieden sich die Patientengruppen hingegen kaum. Bei den Hausbesuchen zeigte sich ein additiver Effekt: NäPA und VERAH erweiterten die Kapazität deutlich, ohne jedoch die ärztlichen Hausbesuche zu substituieren.

Somit leisten qualifizierte Gesundheitsfachberufe bereits heute einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Primärversorgung, insbesondere für betreuungsintensive und immobile Patientengruppen. Da bislang jedoch knapp zwei Drittel der Praxen noch keine NäPA oder VERAH einbinden, besteht weiterhin ein erhebliches Ausbaupotenzial.

Abstract

Given demographic shifts and potential healthcare shortages, deploying qualified non-physician practice assistants (NäPA) and healthcare assistants in general practice (VERAH) is regarded as a key strategy to relieve doctors' workloads. Other medical service providers, such as physician assistants (PA) and nurse practitioners, can also contribute. Drawing on pseudonymized AOK claims data from 2015 to 2024, this analysis provides a nationwide assessment of NäPA and VERAH deployment across Germany.

The results show that the number of general practices employing at least one NäPA or VERAH increased continuously from around 7,000 to over 11,000 between 2015 and 2024, although growth slowed down from 2020 onward. Their share among all general practices nearly doubled from around 20 % to almost 40 %. Regional distribution varied considerably and correlated strongly with rurality and low general practitioner density. Deployment was strongly associated with practice size: while fewer than 30 % of solo practices employed a NäPA or VERAH, the share in larger group practices with three or more physicians reached almost 60 %. NäPA/VERAH practices cared for a higher proportion of chronically ill and care-dependent patients. In terms of age, sex, and overall morbidity, however, the patient populations differed little. Regarding home visits, an additive effect emerged: NäPA or VERAH substantially expanded home visit capacity without displacing physician home visits.

Thus, other health professions already make an indispensable contribution to safeguarding primary care, particularly for care-intensive and immobile patients. However, since nearly two thirds of practices have not yet integrated a NäPA or VERAH, considerable potential for further expansion remains.

1 Einleitung

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland steht vor strukturellen Herausforderungen, die sich in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter verschärfen werden. Demografischer Wandel, ein zunehmender Rückzug älterer Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Berufsleben sowie veränderte Arbeitspräferenzen des ärztlichen Nachwuchses führen zu einer wachsenden Diskrepanz zwischen dem bestehenden Versorgungsangebot und einem gleichzeitig steigenden Bedarf. Laut einer repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung plant rund ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Tätigkeit in den nächsten fünf Jahren aufzugeben; die übrigen Befragten wollen ihre Wochenarbeitszeit bis 2030 um durchschnittlich zweieinhalb Stunden reduzieren. Gleichzeitig geben nur vier von zehn befragten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung an, langfristig Vollzeit arbeiten zu wollen (Bertelsmann Stiftung 2025).

Diesem absehbaren Rückgang ärztlicher Arbeitszeit steht eine erhöhte Nachfrage nach medizinischer Grundversorgung infolge einer alternden und zunehmend morbiden Bevölkerung gegenüber (Holstiege et al. 2026). Multimorbidität, chronische Erkrankungen und die Betreuung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten erfordern nicht nur mehr Zeit, sondern auch eine stärker koordinierende und aufsuchende Versorgung.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie hausärztliche Versorgung künftig organisiert werden kann, wenn ärztliche Zeit knapper wird. Die vorliegende Analyse greift diese Fragestellung auf und untersucht, in welchem Umfang qualifizierte Gesundheitsfachberufe bereits heute in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland eingesetzt werden. Im Fokus stehen dabei Nicht-ärztliche Praxisassistenzen (NäPA) und Versorgungsassistenzen in der Hausarztpraxis (VERAH).

Eine lediglich höhere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten kann die dargestellten Herausforderungen nicht bewältigen. Diese Entwicklungen müssen im Kontext eines insgesamt reformbedürftigen Versorgungssystems interpretiert werden. Im internationalen Vergleich weist das deutsche Gesundheitssystem eine hohe Personalbasis auf. Die prognostizierten Versorgungslücken sind demnach weniger ein Kapazitätsproblem als Ausdruck eines strukturellen Reformbedarfs (SVR 2024).

Im Zentrum aktueller Diskussionen steht daher auch die Einführung eines Primärversorgungssystems, das Patientinnen und Patienten künftig zielgerichteter durch die ambulante Versorgung führen soll. Ungesteuerte fachärztliche Konsultationen sollen reduziert und medizinische Routinefälle wieder abschließend in die hausärztliche Versorgung zurückverlagert werden (AOK-Bundesverband 2025). Durch eine stärkere Steuerung der Versorgung und die Bündelung der Patientenwege wird die Primärversorgungspraxis künftig eine noch zentralere Rolle im Versorgungsgeschehen einnehmen, wodurch sich zugleich ihre organisatorischen Aufgaben erweitern (BMG 2026).

Eine solche stärkere Steuerungs- und Koordinationsfunktion setzt jedoch voraus, dass ärztliche Ressourcen gezielter eingesetzt werden und geeignete interprofessionelle Teamstrukturen die Primärversorgung leisten. Damit rückt eine qualitative Neugestaltung der medizinischen Versorgung in den Fokus: Die gezielte Einbindung weiterer Gesundheitsfachberufe könnte Hausärztinnen und Hausärzte erheblich entlasten, zusätzliche Zeit für komplexe Diagnostik und Therapieentscheidungen ermöglichen und die Versorgungskoordination verbessern. Aktuelle Reformvorschläge fordern daher eine stärkere Einbindung weiterer qualifizierter Fachkräfte und die Entwicklung interprofessioneller Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung (AOK-Bundesverband 2025; SVR 2024).

Bisher werden in Deutschland eher einzelne, begrenzte Aufgaben delegiert; hierzu gehören beispielsweise diagnostische Kontrolluntersuchungen bei chronisch Kranken, Wundnachsorge oder routinemäßige Hausbesuche (Hildebrandt et al. 2026). Diese Tätigkeiten erfolgen jedoch grundsätzlich im Rahmen ärztlicher Anordnung. In anderen Ländern ist die Rollenentwicklung der Gesundheitsfachberufe in der Primärversorgung weiter fortgeschritten: Im Vereinigten Königreich, in den Niederlanden oder Schweden übernehmen entsprechende Berufsgruppen teilweise eigenständig oder substitutiv definierte Versorgungsaufgaben (Freund et al. 2015; Laurant et al. 2018). In den USA wurden bereits im Jahr 2019

etwa ein Viertel aller medizinischen Konsultationen durch Personen mit akademisierten Gesundheitsberufen übernommen. Hier sind Physician Assistants (Medizinassistenz, PA) oder Nurse Practitioners (Pflegefachpersonen mit erweiterter Qualifikation auf Master-Niveau) zu nennen (Patel et al. 2023). Deutschland hingegen verharrt bislang überwiegend in einem arztzentrierten Delegationsmodell, ohne dass sich gegenüber anderen Ländern deutlich bessere Gesundheitsoutcomes ergeben.

Zugleich wächst auch in Deutschland der Veränderungsdruck. Ein Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte wünscht sich teambasierte Arbeitsformen, flexiblere Praxisstrukturen und interprofessionelle Zusammenarbeit (Averbeck et al. 2024; Bertelsmann Stiftung 2025; Wolf et al. 2023). Während gesundheitspolitische Reformvorschläge zunehmend auf multiprofessionelle Primärversorgungsteams setzen, ist bislang jedoch nur begrenzt bekannt, welchen Beitrag andere Gesundheitsfachberufe bereits heute zur ambulanten Versorgung leisten. Insbesondere fehlen bundesweite Analysen, die den tatsächlichen Einsatz bestehender Delegationsstrukturen systematisch beschreiben.

Bisherige Analysen zum Einsatz qualifizierter Gesundheitsfachberufe stützen sich auf Befragungen (Leinert et al. 2026; Mangiapane et al. 2022), beschränken sich auf einzelne Praxen (Hildebrandt et al. 2026) oder fokussieren ausschließlich auf VERAH im Kontext der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (Laux et al. 2015; Schwill et al. 2026; Senft et al. 2019). Eine umfassende, bundesweite Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten, die den Ist-Zustand des NäPA- und VERAH-Einsatzes systematisch beschreibt, liegt bislang nicht vor.

Die vorliegende Analyse soll diese Lücke schließen. Sie liefert eine aktuelle Bestandsaufnahme des Einsatzes von NäPA und VERAH in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland, ihrer regionalen Verteilung sowie der Charakteristika der entsprechenden Praxen und ihrer Patientinnen und Patienten. Da die Identifikation auf bundesweiten Abrechnungsdaten beruht, beschränkt sich die Analyse systembedingt auf abrechenbare NäPA- und VERAH-Strukturen. Die Ergebnisse sollen damit eine empirische Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zur Weiterentwicklung des Delegationsrahmens und zur Förderung interprofessioneller Versorgungsstrukturen in der hausärztlichen Primärversorgung liefern. Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

1. Wie hat sich die Anzahl der Praxen mit NäPA oder VERAH von 2015 bis 2024 entwickelt?
2. Welche strukturellen Merkmale charakterisieren Praxen mit NäPA oder VERAH im Vergleich zu Praxen ohne NäPA oder VERAH?
3. Unterscheiden sich die versorgten Patientenpopulationen?

2 Hintergrund: Qualifizierte Gesundheitsfachberufe

Bei der Weiterentwicklung der Primärversorgung durch nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe lassen sich zwei konzeptionelle Ansätze unterscheiden. Auf der einen Seite stehen Qualifikationsmodelle, die der Delegation ärztlicher Leistungen dienen und damit primär auf die Unterstützung und Entlastung von Ärztinnen und Ärzten ausgerichtet sind. Die ärztliche Verantwortung für Anordnung und Durchführung verbleibt hierbei bei der Ärztin bzw. dem Arzt. Auf der anderen Seite stehen Modelle, in denen qualifizierte Gesundheitsfachberufe eigenständige Verantwortungsbereiche übernehmen und ärztliche Leistungen teilweise substituieren, also eigenverantwortlich anstelle von Ärztinnen und Ärzten erbringen.

In vielen anderen Ländern übernehmen qualifizierte Gesundheitsfachberufe bereits seit Jahrzehnten eigenständig und auch substitutiv zentrale Aufgaben in der Primärversorgung und arbeiten in multiprofessionellen Teams eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammen (Freund et al. 2015; Laurant et al. 2018). Zu diesen Aufgaben zählen beispielsweise die Erstkontakt- und Akutversorgung bei ungeplanten Konsultationen, die kontinuierliche Betreuung und Verlaufskontrolle von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie strukturierte Präventionsleistungen und Gesundheitsberatungen (Laurant et al. 2018). Eine wichtige Rolle spielen dabei insbesondere Advanced Practice Nurses (APN), die in vielen Gesundheitssystemen erweiterte klinische Aufgaben übernehmen, sowie Community Health Nurses (CHN), die mit einem gemeinde- und bevölkerungsorientierten Ansatz die Gesundheitsförderung, Prävention und die Koordination von Versorgungsleistungen stärken. International werden beide Rollen als wichtige Bausteine zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Primärversorgung und zur Entlastung der ärztlichen Versorgung betrachtet (de Leede-Brunsveld et al. 2023; Htay und Whitehead 2021; Laurant et al. 2018).

Die Evidenz zu Substitutionsmodellen zeigt, dass Pflegefachpersonen in der Primärversorgung eine mit Ärztinnen und Ärzten vergleichbare Versorgungsqualität erreichen und teilweise sogar bessere Ergebnisse, etwa bei der Blutdruckkontrolle, erzielen. Zugleich berichten Patientinnen und Patienten von einer hohen Zufriedenheit. Für PA weisen die bisherigen Studien ebenfalls auf eine vergleichbare Versorgungsqualität hin, wenngleich die Evidenzbasis geringer ist (Halter et al. 2013; Laurant et al. 2018; Martínez-González et al. 2014; Swan et al. 2015).

In Deutschland dagegen dominierten bislang Qualifikationsmodelle zur Delegation ärztlicher Leistungen. Zunächst wurde ab dem Jahr 2005 vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald das AGnES-Modell (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemintervention) entwickelt, das in mehreren Projekten in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt insbesondere im Rahmen von Hausbesuchen, aber auch anderen delegierbaren ärztlichen Leistungen, erprobt wurde. Eine vergleichsweise weitreichende Umsetzung erfolgte in Sachsen-Anhalt, wo die AOK und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Erprobung im Rahmen eines Modellvorhabens nach §§ 63 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V unterstützten und die Abrechnung delegierter Hausbesuche ermöglichten (van den Berg et al. 2009). Bis heute existiert in Brandenburg das weiterentwickelte Konzept „agnes^{zwei}“, welches 2012 durch die Krankenkassen AOK Nordost, BARMER GEK und die KV Brandenburg vertraglich vereinbart wurde. Dieses Konzept fokussiert auf das individuelle Fallmanagement von chronisch kranken Patientinnen und Patienten (Schmiedhofer et al. 2017). In Brandenburg werden inzwischen 140 dieser qualifizierten Fachkräfte eingesetzt (Initiative Gesundheit in Brandenburg 2026).

Bundesweit sind vor allem zwei Qualifizierungsmodelle für Medizinische Fachangestellte (MFA) etabliert: VERAH und NäPA. Voraussetzung für beide Qualifikationen sind u. a. eine abgeschlossene Berufsausbildung zur/zum MFA, Arzthelferin/Arzthelfer oder nach dem Pflegeberufe- bzw. Krankenpflegegesetz (PflBG bzw. KrPflG) sowie mehrjährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis (Bundesärztekammer 2023; Institut für hausärztliche Fortbildung 2026). Während die VERAH primär

eine Fortbildungsqualifikation beschreibt, bezeichnet die NäPA eine qualifizierte Praxisassistenz mit spezifischem delegations- und vergütungsrechtlichem Status in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Praxis bestehen erhebliche personelle und inhaltliche Überschneidungen zwischen beiden Konzepten.

Im Jahr 2008 wurde vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband e. V. und vom Verband medizinischer Fachberufe e. V. das VERAH-Konzept entwickelt und insbesondere im Rahmen der HzV nach § 73b SGB V implementiert. Bundesweit werden inzwischen rund 17.700 VERAH eingesetzt (Schwill et al. 2026). 2009 entstand das von den Ärztekammern und KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe entwickelte EVA-Modell (Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten), das 2010 durch die Bundesärztekammer in ein bundeseinheitliches Mustercurriculum überführt und in NäPA umbenannt wurde. Bis 2014 war die EBM-Vergütung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) von NäPA-Leistungen auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Regionen beschränkt. Seit 2015 erhalten hausärztliche Praxen bundesweit eine Strukturpauschale für die Vorhaltung einer NäPA, sofern eine Mindestfallzahl von beispielsweise 700 Behandlungsfällen je Vollzeitäquivalent pro Quartal nachgewiesen und eine Genehmigung der zuständigen KV erteilt wurde. Seither stieg die Zahl der qualifizierten NäPA auf über 12.000 an (Mangiapane et al. 2022).

Die rechtliche Ausgestaltung der Delegation in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Die seit Oktober 2013 geltende Anlage 24 BMV-Ä definiert fachübergreifend, welche ärztlichen Kernleistungen dem Arztvorbehalt unterliegen (z. B. Anamnese, Diagnose- und Indikationsstellung sowie Aufklärung und Beratung) und welche Routineaufgaben an qualifizierte Gesundheitsfachberufe delegiert werden dürfen (z. B. Injektionen, Infusionen, Hausbesuche, Wundversorgung). Die bereits seit 2009 geltende Anlage 8 BMV-Ä regelt darüber hinaus die Qualifikationsanforderungen an NäPA und beinhaltet (weitere) delegierbare Leistungen wie standardisierte geriatrische Assessments, Patientenschulungen und Labordiagnostik vor Ort.

Erste Evidenz zeigt, dass der Einsatz von VERAH in Baden-Württemberg mit signifikant niedrigeren Hospitalisierungsraten, weniger Facharztbesuchen und geringeren Medikamentenkosten assoziiert ist (Senft et al. 2019). Qualitative und quantitative Evaluationen der HzV zeigen zudem, dass VERAH vor allem ältere, multimorbide und pflegebedürftige Patientinnen und Patienten betreuen und dabei arztentlastend wirken (Laux et al. 2015). Eine aktuelle Potenzialanalyse schätzt darüber hinaus, dass weitergebildete Praxisassistenzberufe bereits im Rahmen der geltenden Delegationsvereinbarungen im Schnitt 65 % des ärztlichen Zeitvolumens übernehmen könnten (Hildebrandt et al. 2026). Aktuelle Befunde zur Haltung der Ärzteschaft und der Bevölkerung belegen zudem eine hohe Akzeptanz dieser Delegationsmodelle. Sieben von zehn befragten Hausärztinnen und Hausärzten schätzen das Entlastungspotenzial durch Delegation als groß ein und stimmen der Aussage zu, dass Versorgungsaufgaben künftig unabhängig von der Berufsgruppe übernommen werden sollten, sofern die entsprechende Qualifikation vorliegt. Auch eine große Mehrheit der rund 1.500 befragten Bürgerinnen und Bürger akzeptiert die Übertragung hausärztlicher Aufgaben, insbesondere bei wiederkehrenden Untersuchungen und Tests, Impfungen und Infusionen oder der Verordnung von Hilfsmitteln und zeigt sich mit der Versorgung durch qualifiziertes Praxispersonal zufrieden (Leinert et al. 2026).

Über diese Modelle hinaus werden in Deutschland zunehmend Rollen mit erweitertem Kompetenzprofil aufgebaut. Ein im internationalen Vergleich neueres Berufsbild ist das des PA, welches mit den Begriffen „Medizinassistenz“ bzw. „ärztliche Assistenz“ übersetzt werden kann. Seit 2005 gibt es dafür auch in Deutschland einen akademischen Studiengang zunächst für Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Gesundheitswesen; inzwischen ist diese Voraussetzung entfallen (Hildebrandt et al. 2026). Da sich Studieninhalte und Abschlüsse je nach Fachhochschule unterscheiden, stellte die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft Physician Assistant e. V. in einem Positionspapier einheitliche Zugangsvoraussetzungen, Lehrinhalte, Fortbildungswege sowie einen Tätigkeitsrahmen als Konzept vor. Der skizzierte Kompetenzrahmen geht über die bisherigen Delegationsvereinbarungen hinaus und umfasst neben Prozesssteuerung, Dokumentation und Schnittstellenkommunikation auch diagnostische Leistungen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Erkennen von „Red Flags“, Verlaufskontrolle chronischer Erkrankungen) sowie technische Leistungen (wie Sonografie oder

Echokardiografie) unter ärztlicher Supervision (Bundesärztekammer 2025), bleibt damit aber grundsätzlich im Bereich der Delegation. Bis zum Jahr 2023 hatten 1.806 PA ihr Studium in Deutschland abgeschlossen (Meyer 2024). International arbeiten PA in der Primärversorgung dagegen teils mit deutlich größerer Eigenständigkeit. Übersichtsarbeiten zeigen dort eine mit der ärztlichen Versorgung vergleichbare Versorgungsqualität und eine hohe Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten, wenngleich die Studienlage vergleichsweise schmal ist (Halter et al. 2013).

Daneben werden auch in Deutschland Rollen nach dem Vorbild von APN und CHN aufgebaut. Sie unterscheiden sich aber konzeptionell von primär arztentlastenden Qualifikationsprofilen wie NäPA und VERAH, weil sie auf eigenständige pflegerische Verantwortungsbereiche und, bei entsprechender Qualifikation und gesetzlicher Grundlage, auf die Ausübung heilkundlicher Kompetenzen ausgerichtet sind. Seit 2017 wurden in Deutschland Konzepte für CHN entwickelt; seit 2020 bestehen entsprechende Masterstudiengänge (Schmid et al. 2020). CHN werden bislang vor allem in modellhaften Gesundheitszentren wie den PORT-Zentren (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) eingesetzt, während APN überwiegend in spezialisierten Versorgungsbereichen tätig sind. Beide Rollen sind bislang nur begrenzt in die Regelversorgung integriert.

Mit dem 2026 in Kraft getretenen Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurden die rechtlichen Möglichkeiten für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen erweitert. Entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer erworbenen Kompetenzen bestimmte heilkundliche Leistungen eigenverantwortlich erbringen. Das kann auch an eine pflegerische Diagnosestellung anknüpfen, sodass nicht in jedem Fall eine ärztliche Anordnung erforderlich ist. Welche Leistungen hierfür konkret erfasst werden, muss allerdings zum Teil erst durch nachgelagerte Vereinbarungen, Richtlinien und Verträge ausgestaltet werden.

3 Daten und Methodik

Datengrundlage und Untersuchungszeitraum

Die Analyse basiert auf pseudonymisierten Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten aus den Jahren 2015 bis 2024. Es wurden zwei methodische Ansätze verfolgt: Zum einen eine Längsschnittanalyse zur Entwicklung des Einsatzes von NäPA und VERAH über den gesamten Beobachtungszeitraum, zum anderen eine Querschnittsanalyse für das Jahr 2024 zur Untersuchung der Charakteristika der Praxen sowie deren Patientinnen und Patienten. Als Startjahr wurde 2015 gewählt, da in diesem Jahr erstmals Strukturzuschläge für Praxen mit NäPA in den EBM aufgenommen wurden.

Identifikation hausärztlicher Praxen

Untersuchungseinheit der Analyse waren hausärztliche Praxen, die über ihre Betriebsstättennummer (BSNR) identifiziert wurden. Eine Praxis galt als hausärztlich tätig, wenn sie die hausärztliche Versichertenpauschale (GOP 03001 bis 03005), die Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V (GOP 03040) oder ein KV-spezifisches Äquivalent dieser Ziffern abrechnete. Um Verzerrungen durch Praxen mit sehr niedrigen Fallzahlen zu verringern, wurde eine Praxis nur dann in die Analyse einbezogen, wenn sie in jedem der vier Quartale des jeweiligen Jahres mindestens zehnmal eine dieser Ziffern abrechnete. Aus demselben Grund wurde zusätzlich vorausgesetzt, dass mindestens eine Ärztin oder ein Arzt derselben Praxis (identifiziert über die lebenslange Arztnummer, LANR) in jedem der vier Quartale mindestens zehn Behandlungsfälle abrechnete. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass ausschließlich kontinuierlich tätige hausärztliche Praxen und nicht etwa kurzzeitige Vertretungen in die Analyse eingingen.

Identifikation von NäPA- und VERAH-Praxen

NäPA-Praxen wurden über den Zuschlag zur hausärztlichen Strukturpauschale (GOP 03060 und 03061) identifiziert. Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP 03060 und 03061 sind eine Beschäftigung von mindestens 20 Wochenstunden und eine Mindestanzahl an Behandlungsfällen (z. B. 700 Behandlungsfälle je Vollzeitäquivalent). Praxen mit einer geringeren Fallzahl wurden folglich auch bei vorhandener NäPA nicht als NäPA-Praxis erfasst. VERAH-Praxen wurden über KV-spezifische VERAH-Zuschläge identifiziert, da deren Vergütung nicht bundeseinheitlich, sondern über regionale Verträge geregelt ist. Eine Praxis galt als NäPA- oder VERAH-Praxis, wenn sie mindestens einmal im jeweiligen Kalenderjahr eine der entsprechenden Ziffern abrechnete.

Zusätzlich zu den NäPA- und VERAH-Ziffern wurden vergleichbare Ziffern aus regionalen Selektivverträgen berücksichtigt, die weitere qualifizierte Gesundheitsfachberufe vergüteten (beispielsweise die „agnes^{zwei}“-Qualifikation in Brandenburg). Diese Rollen unterschieden sich zwar in Bezeichnung und vertraglicher Grundlage, erfüllten jedoch eine vergleichbare Funktion und wurden daher unter dem Begriff „NäPA/VERAH“ zusammengefasst; für diese lagen jedoch in den Abrechnungsdaten keine Angaben zum Beschäftigungsumfang (Wochenstunden oder Vollzeitäquivalente) vor, es konnte lediglich erfasst werden, ob eine Praxis überhaupt eine NäPA/VERAH beschäftigte.

Praxisgröße

Die Praxisgröße wurde über die Anzahl der in einer Praxis abrechnenden Ärztinnen und Ärzte operationalisiert. Analog zur Praxisdefinition wurden hierbei ausschließlich Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, die in jedem Quartal des Jahres mindestens zehn Behandlungsfälle abrechneten. Die Praxen wurden entsprechend in drei Größenklassen eingeteilt: Einzelpraxen mit einer Ärztin oder einem Arzt, Praxen mit zwei sowie Gemeinschaftspraxen mit drei oder mehr Ärztinnen und Ärzten. In der vorliegenden Analyse bezieht sich die Praxisgröße also nicht im rechtlichen Sinne auf die Anzahl der Praxisinhaber und -inhaberinnen, sondern auf die Anzahl der in einer Praxis abrechnenden Ärztinnen und Ärzte. Demnach zählt eine Praxis mit einer Praxisinhaberin oder einem -inhaber, in der mindestens ein Arzt oder eine Ärztin angestellt ist, nicht als Einzelpraxis.

Als ergänzender Indikator für die Auslastung einzelner Ärztinnen und Ärzte diente die GOP 03040. Diese Vorhaltepauschale zur Förderung der hausärztlichen Grundversorgung konnte mit einem Zusatzkennzeichen (Suffix G oder I) versehen werden, wenn eine Ärztin oder ein Arzt in einem Quartal besonders viele Behandlungsfälle betreute (mehr als 1.200 Fälle). Da dieses Zusatzkennzeichen je Ärztin bzw. Arzt und nicht je Praxis vergeben wurde, ließ sich daraus – trotz der Beschränkung auf AOK-Abrechnungsdaten – näherungsweise ableiten, wie ausgelastet Ärztinnen und Ärzte einer Praxis waren.

Patientinnen und Patienten

Als Patientin bzw. Patient einer Praxis galt jede Person, die im jeweiligen Auswertungsjahr mindestens einen abrechnungsrelevanten Kontakt mit dieser Praxis hatte. Da Patientinnen und Patienten im Jahresverlauf mehrere Praxen aufsuchen konnten, wurden sie bei jeder Praxis, mit der ein abrechnungsrelevanter Kontakt bestand, jeweils einmal gezählt. Innerhalb einer Praxis wurde jede Person jedoch nur einmal gezählt, auch wenn im Jahresverlauf mehrere Kontakte stattfanden.

Chronisch Erkrankte

Als chronisch erkrankt galt eine Person, für die die Praxis den Chronikerzuschlag abrechnete (GOP 03220 bis 03222 sowie KV-spezifische Äquivalente aus regionalen Selektivverträgen). Dieser Zuschlag wurde für Patientinnen und Patienten abgerechnet, die aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in andauernder ärztlicher Betreuung standen. Erfasst wurde die Anzahl der Behandelten mit Chronikerzuschlag je Praxis. Diese Kennzahl diente dazu, die Belastung einer Praxis durch besonders betreuungsintensive Patientinnen und Patienten näherungsweise abzuschätzen.

Elixhauser-Komorbiditätsindex

Zur Erfassung der Krankheitslast der Patientinnen und Patienten wurde der Elixhauser-Komorbiditätsindex herangezogen. Dieser in der Versorgungsforschung etablierte Index bildet anhand von Diagnosen ab, wie viele von mehreren definierten chronischen Grunderkrankungen (u. a. Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Lungenerkrankungen) bei einer Person vorlagen (Elixhauser et al. 1998). Für jede Patientin bzw. jeden Patienten wurde auf Basis der dokumentierten ambulanten und stationären Diagnosen die Anzahl der vorliegenden Elixhauser-Komorbiditäten im Auswertungsjahr bestimmt. Für die praxisbezogene Auswertung wurden die Patientinnen und Patienten je Praxis in vier Gruppen eingeteilt: ohne dokumentierte Komorbidität, mit einer, mit zwei sowie mit drei oder mehr Komorbiditäten. Der Index bildet den Grad an Multimorbidität der Personen ab, die in einer Praxis versorgt werden.

Jährliche Leistungsbedarfe

Zur Abbildung des finanziellen Aufwands wurden die durchschnittlichen jährlichen Leistungsbedarfe je Patientin/Patient in einer Praxis berechnet, d. h. die Summe aller für das gesamte Jahr abgerechneten EBM-Leistungen. Dabei wurde die abgerechnete Punktzahl jeder EBM-Leistung mit dem bundeseinheitlichen Orientierungswert (Preis je Punkt in Euro) multipliziert, um etwaige in Euro bewertete Leistungen ergänzt und für das Kalenderjahr aufsummiert. Die so ermittelten jährlichen Leistungsbedarfe wurden anschließend als Mittelwert sowohl für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten als auch einzeln für die chronisch Erkrankten ausgewiesen.

Pflegebezogene Merkmale

Um die Versorgung pflegebedürftiger Personen abzubilden, wurde erfasst, wie viele Patientinnen und Patienten je Praxis einen festgestellten Pflegegrad (1 bis 5) aufwiesen und wie viele Behandlungsfälle auf sie entfielen. Dabei wurde zwischen ambulant Gepflegten und im Pflegeheim stationär Versorgten unterschieden.

Hausbesuche

Ärztliche Hausbesuche wurden über die GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418 sowie 37102 identifiziert. Hausbesuche durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe wie NäPA oder VERAH wurden

über die GOP 03062, 03063, 38100, 38105, 38200, 38202 und 38205 sowie entsprechende KV-spezifische Äquivalente erfasst.

Eine Praxis galt als Praxis mit Hausbesuch, wenn sie im jeweiligen Auswertungsjahr mindestens eine der genannten Ziffern abrechnete. Diese Praxen wurden zusätzlich unterschieden als (a) mit mindestens einem Hausbesuch insgesamt (unabhängig davon, ob ärztlich oder nicht-ärztlich), (b) mit mindestens einem ärztlichen Hausbesuch (die zusätzlich auch nicht-ärztliche Hausbesuche erbracht haben konnten) und (c) mit mindestens einem nicht-ärztlichen Hausbesuch (die zusätzlich auch ärztliche Hausbesuche erbracht haben konnten). Diese drei Kategorien schlossen sich folglich nicht gegenseitig aus.

Auf Fallebene wurde ein Behandlungsfall als Hausbesuchsfall gezählt, wenn mindestens eine der genannten Ziffern abgerechnet wurde. Da innerhalb eines Falls sowohl mehrere ärztliche als auch nicht-ärztliche Hausbesuchsziffern gleichzeitig abgerechnet werden konnten, wurde zusätzlich zur reinen Fallzählung auch die Häufigkeit der einzelnen GOP unabhängig vom Fallbezug ausgezählt.

Weitere Datenquellen

Die Abrechnungsdaten wurden um externe Datenquellen ergänzt. Jede Praxis wurde einem von drei Regionstypen zugeordnet: städtisch (z. B. München in Bayern, Köln in Nordrhein-Westfalen), semi-urban (kleinere Städte und Vororte mit mittlerer Bevölkerungsdichte, z. B. Baden-Baden in Baden-Württemberg, Weimar in Thüringen) oder ländlich (z. B. Winterberg in Nordrhein-Westfalen, Cochem in Rheinland-Pfalz). Grundlage hierfür war der Grad der Urbanisierung für das Jahr 2024 nach der Referenzklassifikation des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Lag keine Angabe für 2024 vor, wurde ersatzweise das jeweils aktuellste verfügbare Jahr herangezogen.

Zur Erfassung regionaler sozioökonomischer Benachteiligung wurde der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts (Michalski et al. 2026) herangezogen. Der GISD fasst Indikatoren zur Verteilung von Einkommen, Beschäftigung und Bildung auf Kreisebene zu einem Wert zusammen, wobei höhere Werte für eine stärkere sozioökonomische Benachteiligung stehen. Jeder Praxis wurde der entsprechende GISD-Wert des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt zugeordnet. In die Analysen floss der zum Auswertungszeitpunkt aktuellste verfügbare Wert aus dem Jahr 2023 ein.

Die Hausarztdichte (Anzahl Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) wurde auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2024 ermittelt und ebenfalls auf Kreisebene der jeweiligen Praxis zugewiesen.

Bildung von Quintilen

Für die differenzierte Betrachtung regionaler und praxisspezifischer Merkmale wurden die Praxen für folgende zwei Kennzahlen in jeweils fünf gleich große Gruppen (Quintile) unterteilt: die Hausarztdichte und den regionalen Deprivationsgrad (GISD-Wert). Das erste Quintil (Q1) umfasst dabei stets die 20 % der Praxen mit dem niedrigsten Wert der jeweiligen Kennzahl, das fünfte Quintil (Q5) die 20 % mit dem höchsten Wert:

- GISD-Wert: Die Kreise wurden anhand ihres GISD-Werts in Quintile eingeteilt. Q1 beschreibt dabei die am wenigsten deprivierten (sozioökonomisch am stärksten begünstigten) Kreise, während Q5 die am stärksten deprivierten (sozioökonomisch benachteiligten) Kreise umfasst.
- Hausarztdichte: Die Einteilung nach der regionalen Hausarztdichte ordnet Q1 den Kreisen mit der geringsten Hausarztdichte (geringe Versorgungsdichte) und Q5 den Kreisen mit der höchsten Hausarztdichte (hohe Versorgungsdichte) zu.

Analytisches Vorgehen

Im Zentrum der Analyse stand der Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, bezogen auf die Gesamtzahl aller hausärztlichen Praxen bzw. auf definierte Subgruppen (z. B. nach Regionstyp, KV-Region oder Praxisgröße). Da keine Informationen zum Beschäftigungsumfang und der Anzahl NäPA oder VERAH je Praxis vorlagen, war eine differenziertere Betrachtung nicht möglich.

Da der Versichertenanteil der AOK regional variiert, fokussierten die Auswertungen bewusst auf relative Kennzahlen innerhalb der jeweiligen Vergleichsgruppen, wie etwa den Anteil der Praxen mit NäPA oder VERAH an allen Praxen eines Regionstyps, anstatt absolute Fallzahlen zwischen Regionen direkt zu vergleichen. Absolute Zahlen wurden dort berichtet, wo sie zum Verständnis der Größenordnung beitrugen, standen jedoch nicht im Zentrum der Analyse.

Die Ergebnisdarstellung gliederte sich wie folgt: Zunächst wurde die zeitliche Entwicklung der NäPA-/VERAH-Verbreitung im Zeitraum von 2015 bis 2024 sowie deren regionale Verteilung für das Jahr 2024 beschrieben. Anschließend wurden praxisbezogene Merkmale wie Fallzahlen, Praxisgröße und ärztliche Auslastung dargestellt sowie der Zusammenhang mit Hausarztdichte und sozioökonomischer Deprivation am Praxisstandort untersucht. Danach wurden patientenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Multimorbidität, Chronikeranteil, jährlich abgerechnete Leistungsbedarfe und Pflegebedürftigkeit der versorgten Patientinnen und Patienten verglichen. Abschließend wurde die Hausbesuchstätigkeit der Praxen betrachtet, differenziert nach ärztlichen Hausbesuchen und solchen, die durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe durchgeführt wurden.

Limitationen

Mehrere Limitationen sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Zum einen ließ sich aus den Abrechnungsdaten lediglich ableiten, ob eine Praxis überhaupt eine NäPA oder VERAH beschäftigte, nicht jedoch, wie viele NäPA bzw. VERAH je Praxis tätig waren oder welche konkreten Tätigkeiten diese ausübten, abgesehen von den abrechenbaren Hausbesuchsziffern. Für NäPA galt außerdem, dass Praxen mit einer zu geringen Fallzahl nicht als NäPA-Praxis erfasst wurden. Zum anderen beruhte die Analyse ausschließlich auf Daten von AOK-Versicherten. Da sich der Marktanteil der AOK regional und je nach Praxis unterscheidet, könnten absolute Fallzahlen und die Repräsentativität der Stichprobe von der bundesweiten Versorgungssituation abweichen. Durch die vorrangige Betrachtung relativer Kennzahlen wurde diesem Umstand methodisch, soweit möglich, Rechnung getragen.

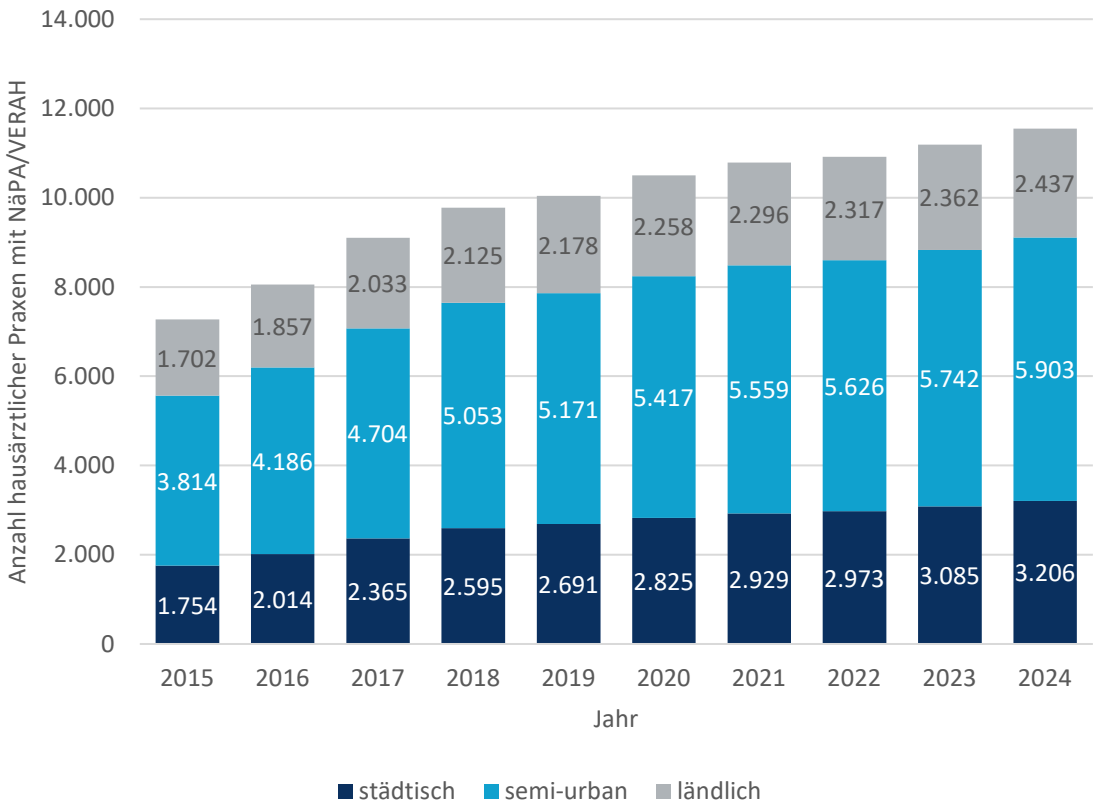
Darüber hinaus handelte es sich bei dieser Längsschnittanalyse (2015-2024) und Querschnittsanalyse (2024) um eine rein deskriptive Betrachtung, aus der sich kausale Aussagen nicht ableiten lassen. Auch die Zuordnung von Hausarztdichte und GISD-Wert erfolgte auf Kreisebene und damit auf einer aggregierten regionalen Ebene, nicht anhand der exakten Praxislage. Lokale Unterschiede innerhalb eines Kreises blieben folglich unberücksichtigt.

4 Ergebnisse

4.1 Entwicklung und Verbreitung

Die Anzahl hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, stieg im Beobachtungszeitraum 2015 bis 2024 kontinuierlich von 7.270 auf 11.546 Praxen – dies entspricht einem Gesamtzuwachs von 58,8 %. Die Dynamik flachte dabei im Zeitverlauf deutlich ab: Während die Praxiszahlen zwischen 2015 und 2019 stark um 38,1 % (+2.769 Praxen) zunahmen, verlangsamte sich das Wachstum von 2020 bis 2024 auf 10,0 % (+1.047 Praxen). Der Anstieg bei den NäPA-/VERAH-Praxen zeigte sich in allen drei Regionstypen, fiel jedoch unterschiedlich stark aus. In semi-urbanen Regionen bildeten sie durchgehend das größte Segment mit einem nahezu konstanten Anteil von rund der Hälfte aller NäPA-/VERAH-Praxen (2015: 52,5 %; 2024: 51,1 %). Die städtischen NäPA-/VERAH-Praxen verzeichneten den stärksten relativen Zuwachs (+82,8 %; von 1.754 auf 3.206 Praxen). Ihr Anteil an allen NäPA-/VERAH-Praxen stieg von 24,1 % (2015) auf 27,8 % (2024). Die NäPA-/VERAH-Praxen in ländlichen Regionen wuchsen im selben Zeitraum absolut von 1.702 auf 2.437 Praxen (+43,2 %). Relativ sank der Anteil ländlicher NäPA-/VERAH-Praxen am Gesamtbestand jedoch leicht von 23,4 % auf 21,1 % (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach Regionstyp (2015–2024)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Parallel zur Zunahme der Praxen mit qualifizierten Gesundheitsfachberufen sank die Gesamtzahl hausärztlicher Praxen von 36.876 (2015) auf 31.152 (2024), ein Rückgang um 15,5 %. Infolgedessen hat sich der Anteil der NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen von 19,7 % im Jahr 2015 auf 37,1 % im Jahr 2024 nahezu verdoppelt. Der Rückgang der Gesamtzahl hausärztlicher Praxen fiel in allen

Regionstypen ähnlich aus: In städtischen Regionen betrug er 14,8 %, in semi-urbanen Regionen 15,5 % und in ländlichen Regionen 17,2 % (ohne Darstellung).

Im Jahr 2024 zeigten sich regionale Unterschiede zwischen den KV-Regionen: Sachsen-Anhalt verzeichnete mit 58,6 % (600 von 1.024 Praxen) den höchsten Anteil an NäPA-/VERAH-Praxen, gefolgt von Baden-Württemberg (50,4 %; 1.982 von 3.929) und Mecklenburg-Vorpommern (48,7 %; 405 von 832). Die niedrigsten Quoten wiesen Berlin (14,4 %; 213 von 1.476), Hamburg (26,7 %; 173 von 648) und Schleswig-Holstein (27,0 %; 278 von 1.031) auf. In absoluten Zahlen stellten Baden-Württemberg (1.982), Bayern (1.745) und Westfalen-Lippe (1.157) die meisten NäPA-/VERAH-Praxen; die wenigsten entfielen auf Bremen (78), das Saarland (148) und Hamburg (173) (Tabelle 1; Abbildung 2).

Differenziert nach Regionstypen stammte der gesamte Anteil an NäPA-/VERAH-Praxen in den Stadtstaaten Bremen (38,0 %), Hamburg (26,7 %) und Berlin (14,4 %) naturgemäß aus städtischen Praxen. In den Flächenländern trugen regelhaft die semi-urbanen Regionen am meisten zum Gesamtanteil in der jeweiligen Region bei, so etwa in Baden-Württemberg (30,3 von 50,4 Prozentpunkten), im Saarland (28,1 von 40,4) und in Sachsen-Anhalt (27,5 von 58,6). Der Beitrag ländlicher Praxen zum Gesamtanteil fiel in den ostdeutschen Flächenländern Sachsen-Anhalt (18,9 Prozentpunkte), Mecklenburg-Vorpommern (18,3) und Thüringen (14,1) deutlich höher aus als in westdeutschen KV-Regionen wie Nordrhein (1,4) oder Westfalen-Lippe (4,2). Umgekehrt trugen städtische Praxen unter den Flächenländern am stärksten in den Regionen Westfalen-Lippe (18,0 Prozentpunkte), Nordrhein (15,0) und Baden-Württemberg (12,5) zum Gesamtanteil bei, während ihr Beitrag in Niedersachsen (5,4), Brandenburg (4,8) und Rheinland-Pfalz (4,4) im Vergleich zu den anderen Regionstypen gering blieb (Abbildung 2).

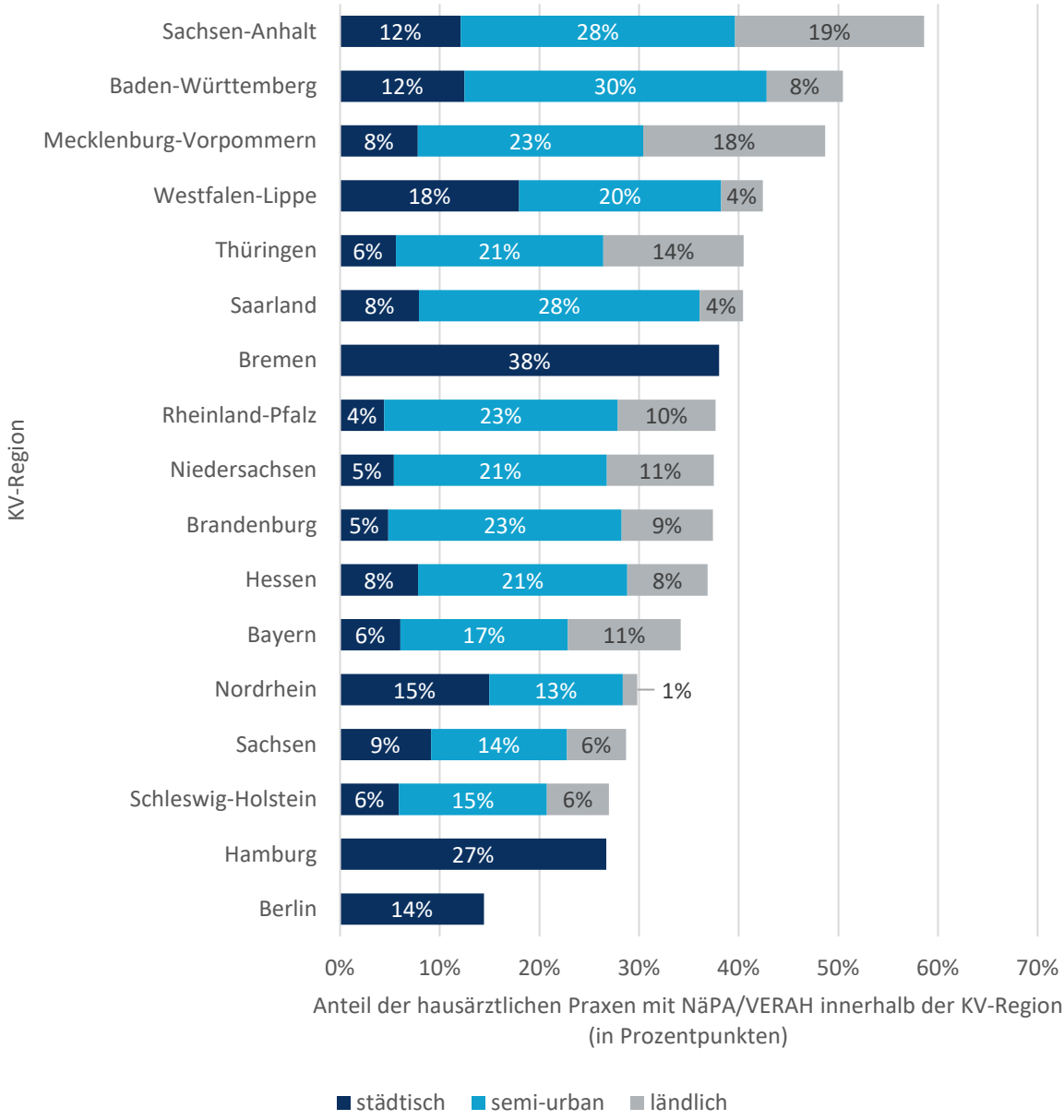
Tabelle 1: Anzahl hausärztlicher Praxen und Anteil der Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach KV-Region (2024)

KV-Region	Gesamt	Praxen mit NäPA/VERAH		Praxen ohne NäPA/VERAH	
	N	N	Anteil in %	N	Anteil in %
Baden-Württemberg	3.929	1.982	50,4	1.947	49,6
Bayern	5.105	1.745	34,2	3.360	65,8
Berlin	1.476	213	14,4	1.263	85,6
Brandenburg	1.136	425	37,4	711	62,6
Bremen	205	78	38,0	127	62,0
Hamburg	648	173	26,7	475	73,3
Hessen	2.158	796	36,9	1.362	63,1
Mecklenburg-Vorpommern	832	405	48,7	427	51,3
Niedersachsen	2.871	1.077	37,5	1.794	62,5
Nordrhein	3.382	1.009	29,8	2.373	70,2
Rheinland-Pfalz	1.407	530	37,7	877	62,3
Saarland	366	148	40,4	218	59,6
Sachsen	1.908	547	28,7	1.361	71,3
Sachsen-Anhalt	1.024	600	58,6	424	41,4
Schleswig-Holstein	1.031	278	27,0	753	73,0
Thüringen	946	383	40,5	563	59,5
Westfalen-Lippe	2.728	1.157	42,4	1.571	57,6
Gesamt	**31.152**	**11.546**	**37,1**	**19.606**	**62,9**

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Abbildung 2: Zusammensetzung des Anteils hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, je KV-Region nach Regionstyp (2024)



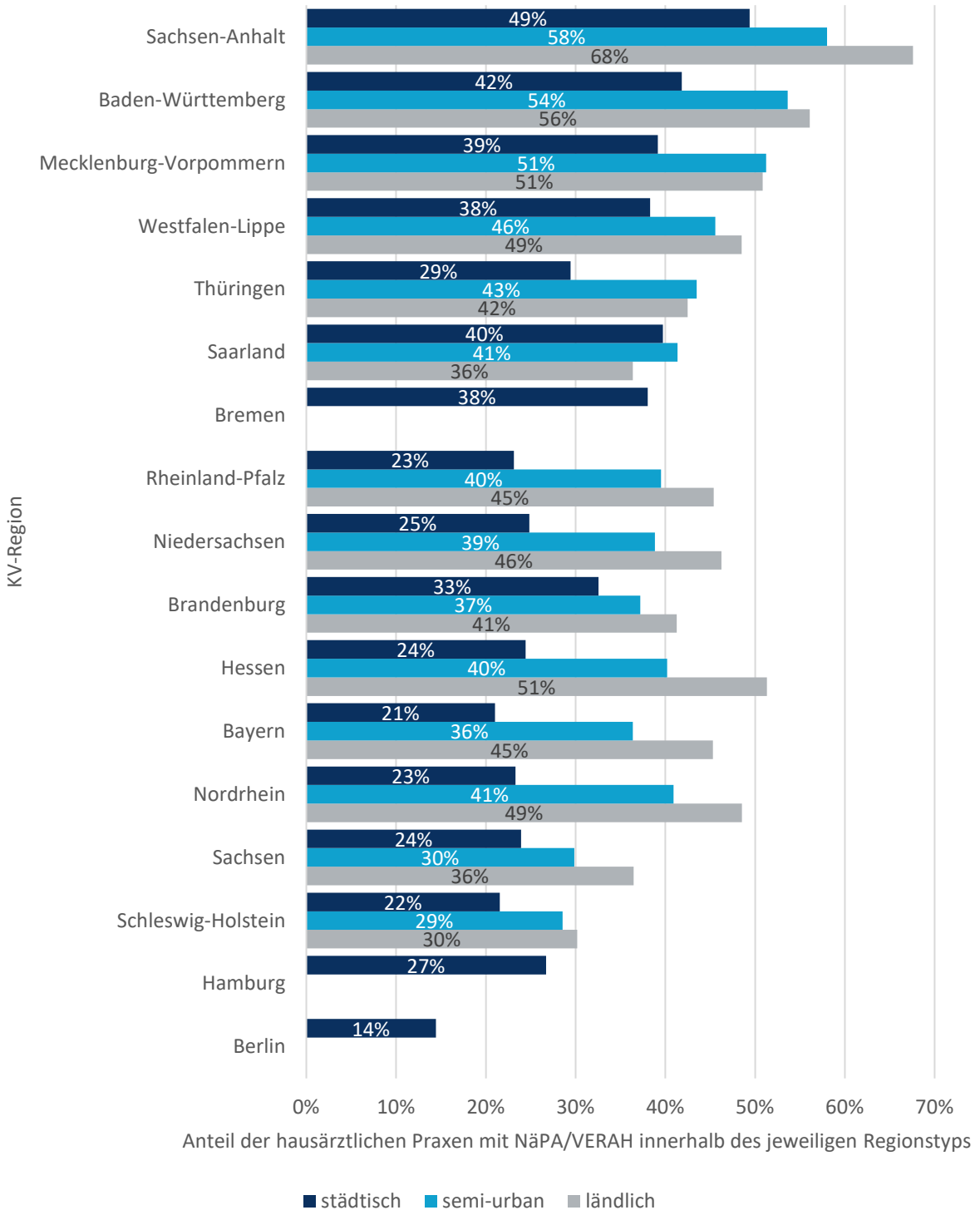
Anmerkung: Die drei Segmente je KV-Region zeigen, wie sich deren Gesamtanteil an NäPA-/VERAH-Praxen (Tabelle 1) auf die drei Regionstypen aufteilt. Die Segmente summieren sich je KV-Region zum jeweiligen Gesamtanteil. Beispiel Sachsen-Anhalt: Von den 58,6 % NäPA-/VERAH-Praxen entfallen gerundet 12 Prozentpunkte auf städtische, 28 auf semi-urbane und 19 auf ländliche Praxen. Bremen, Hamburg und Berlin sind als Stadtstaaten ausschließlich dem Regionstyp „städtisch" zugeordnet; die dargestellten Anteile beziehen sich daher jeweils auf die Gesamtheit der dortigen Praxen.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Hinsichtlich der Verbreitung der NäPA-/VERAH-Praxen innerhalb der jeweiligen Regionstypen zeigte sich über nahezu alle KV-Regionen hinweg ein konsistentes Muster: Der Anteil der Praxen mit NäPA oder VERAH stieg mit zunehmender Ländlichkeit der Region an. In Sachsen-Anhalt etwa rechneten 49,4 % der städtischen, 58,0 % der semi-urbanen und 67,6 % der ländlichen hausärztlichen Praxen eine NäPA oder VERAH ab, die höchsten Werte aller KV-Regionen in jedem der drei Regionstypen. Ein ähnliches Muster zeigte sich in Baden-Württemberg (41,8 % / 53,6 % / 56,1 %) und in den meisten anderen Flächenländern. Ein leicht abweichendes Muster wiesen nur wenige KV-Regionen auf: Im Saarland lag der städtische Anteil (39,7 %) über dem ländlichen (36,4 %), während in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern semi-urbaner (43,5 % bzw. 51,2 %) und ländlicher Anteil (42,5 % bzw. 50,8 %) nahezu gleichauf lagen. Den geringsten Anteil verzeichnete Berlin mit lediglich 14,4 % bei den (ausschließlich vorhandenen) städtischen Praxen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, je KV-Region nach Regionstyp (2024)



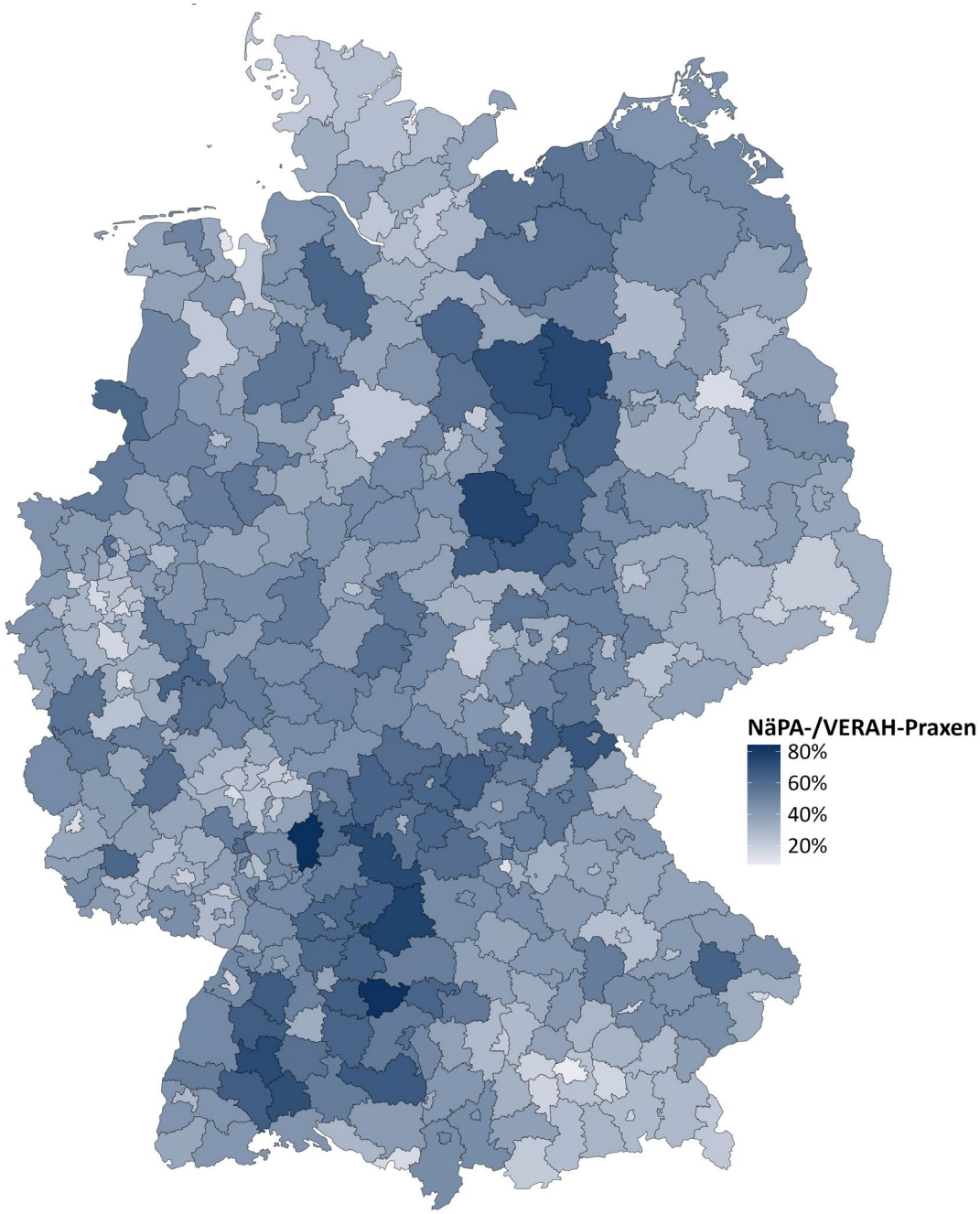
Anmerkung: Jeder Balken zeigt den Anteil der Praxen mit NäPA oder VERAH an allen hausärztlichen Praxen des jeweiligen Regionstyps in dieser KV-Region. So entsprechen beispielsweise 68 % in Sachsen-Anhalt dem Anteil an allen ländlichen hausärztlichen Praxen in dieser KV-Region, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten. Bremen, Hamburg und Berlin sind als Stadtstaaten ausschließlich dem Regionstyp „städtisch" zugeordnet; die dargestellten Anteile beziehen sich daher jeweils auf die Gesamtheit der dortigen Praxen.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Auf Kreisebene zeigten sich regionale Cluster bei der NäPA-/VERAH-Verbreitung. Besonders hohe Anteile von über 60 % bis hin zu 80 % zeigten sich in zusammenhängenden Regionen im östlichen Deutschland, insbesondere in weiten Teilen Sachsen-Anhalts und Thüringens, sowie im süddeutschen Raum, insbesondere in Baden-Württemberg. (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, auf Kreisebene (2024)



Anmerkung: Die Karte zeigt den Anteil hausärztlicher Praxen mit NäPA oder VERAH an allen hausärztlichen Praxen je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt im Jahr 2024. Dunklere Einfärbungen kennzeichnen Kreise mit einem höheren, hellere Einfärbungen Kreise mit einem niedrigeren Anteil. Die Karte basiert auf Geodaten des Bundesamtes für Kartographie und Geodäsie (© BKG [2025], dl-de/by-2-0, Daten verändert).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

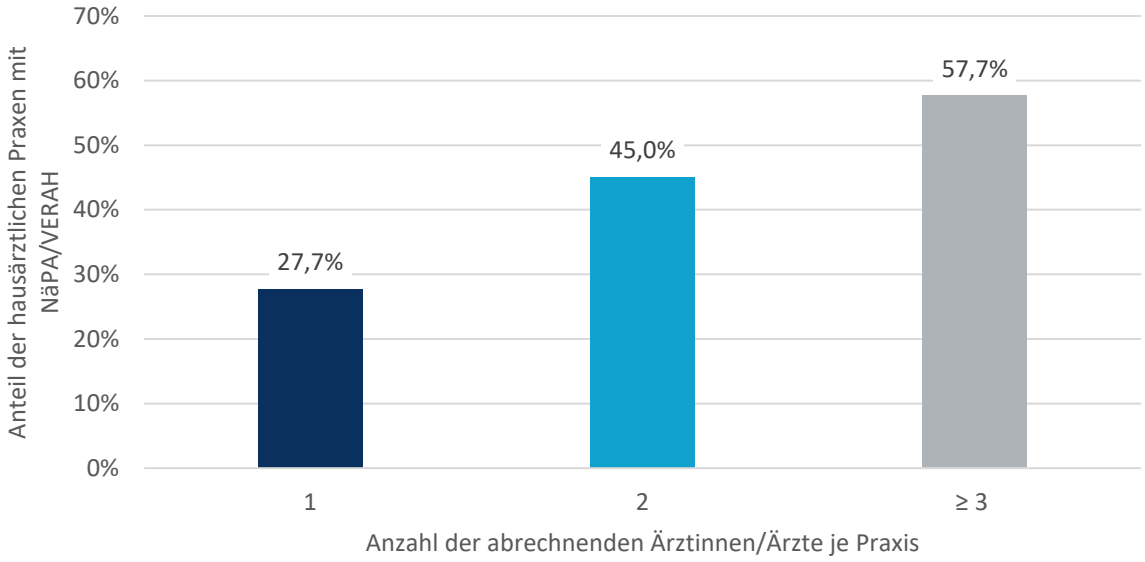
4.2 Praxisbezogene Merkmale

Im Jahr 2024 erbrachten NäPA-/VERAH-Praxen mehr als die Hälfte aller Behandlungen im hausärztlichen Bereich (50,5 % bzw. 48.650.870 Fälle), obwohl sie nur einem Anteil von 37,1 % aller Praxen entsprachen. Darüber hinaus behandelten sie im Durchschnitt rund 1,7-mal so viele Fälle wie Praxen ohne NäPA oder VERAH (4.213,7 gegenüber 2.432,1 Fällen je Praxis) (Tabelle 2).

Diese Differenz korrespondierte mit der ärztlichen Personalstruktur der Praxen. In NäPA-/VERAH-Praxen rechneten im Durchschnitt 2,2 Ärztinnen und Ärzte je Praxis ab, während der Mittelwert in

Praxen ohne diese Gesundheitsfachberufe bei 1,7 lag. Der Anteil der Praxen mit NäPA oder VERAH stieg dabei mit zunehmender Praxisgröße deutlich an: Unter den Einzelpraxen (eine Ärztin oder ein Arzt ohne angestellte Ärztinnen und Ärzte) [1] rechneten lediglich 27,7 % (5.034 von 18.159 Praxen) eine NäPA oder VERAH ab. In Praxen mit zwei Ärztinnen oder Ärzten lag dieser Anteil bereits bei 45,0 % (3.483 von 7.739 Praxen). Bei größeren Gemeinschaftspraxen mit drei oder mehr Ärztinnen und Ärzten rechnete die Mehrheit von 57,7 % (3.029 von 5.254 Praxen) eine NäPA oder VERAH ab (Tabelle 2; Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach Anzahl der in einer Praxis abrechnenden Ärztinnen und Ärzte (2024)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Neben der Praxisgröße könnte auch die individuelle Auslastung von Ärztinnen und Ärzten Einfluss auf die Abrechnung bzw. Beschäftigung von NäPA und VERAH haben. Die tatsächliche zeitliche Auslastung lässt sich den Abrechnungsdaten nicht direkt entnehmen, daher wird die Zahl der behandelten Fälle je Ärztin bzw. Arzt als Näherungswert herangezogen. Dahinter steht die Annahme, dass bei einem hohen Fallaufkommen mehr Versorgungsaufgaben anfallen und damit der Bedarf an einer Entlastung durch NäPA oder VERAH steigt.

Zur Untersuchung dieses möglichen Zusammenhangs wurde das Zusatzkennzeichen für ein hohes Fallaufkommen bei der Abrechnung der Vorhaltepauschale zur Förderung der hausärztlichen Grundversorgung herangezogen. Nahezu alle hausärztlichen Praxen rechneten im Jahr 2024 mindestens einmal diese Ziffer (GOP 03040) ab (99,9 % der NäPA-/VERAH-Praxen vs. 99,6 % der Praxen ohne NäPA/VERAH). Das Zusatzkennzeichen ermöglicht es, jene Abrechnungen zu identifizieren, bei denen das Fallaufkommen je Ärztin bzw. Arzt besonders hoch war. Um auf Praxisebene einen Zusammenhang zwischen diesem näherungsweise gemessenen Auslastungsgrad und dem Vorhandensein von NäPA/VERAH darzustellen, wurden Praxen, die bei mehr als der Hälfte ihrer 03040-Abrechnungen das Zusatzkennzeichen für ein hohes Fallaufkommen nutzten (mehr als 1.200 Fälle je Ärztin bzw. Arzt im Quartal), als Praxen mit hohem relativem Fallaufkommen definiert.

Unter diesen 6.084 Praxen mit höherem Fallaufkommen je Ärztin bzw. Arzt wiesen 35,8 % (2.180 Praxen) eine NäPA oder VERAH auf. Dieser Wert wich kaum vom Durchschnitt ab und lag unterhalb des

[1] Bezogen auf die Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte und nicht die Anzahl der Praxisinhaber und -inhaberinnen (s. Abschnitt 3)

Wertes derjenigen Praxen, bei denen keine Ärztin bzw. kein Arzt eine fallzahlbedingte Erhöhung von Ziffer 03040 abrechnete (Tabelle 2).

Tabelle 2: Fallzahlen und ärztliche Praxisstruktur hausärztlicher Praxen (2024)

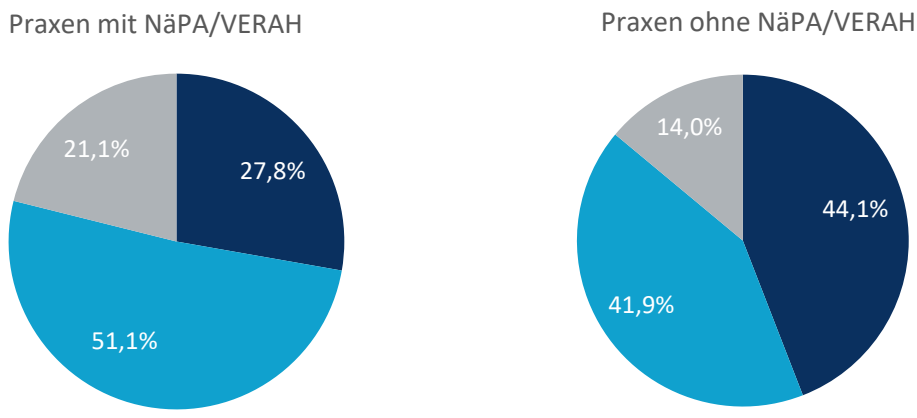
Kennzahl	Gesamt	Praxen mit NäPA/VERAH		Praxen ohne NäPA/VERAH	
	N	N	Anteil in %	N	Anteil in %
Anzahl Praxen	31.152	11.546	37,1	19.606	62,9
Anzahl Fälle	96.335.047	48.650.870	50,5	47.684.177	49,5
Ø Anzahl Fälle je Praxis	3.092,4	4.213,7		2.432,1	
Praxisgröße					
Ø Anzahl Ärztin/Arzt je Praxis	1,9	2,2		1,7	
Praxen mit Abrechnung des Zuschlags zur hausärztlichen Grundversorgung (03040)	31.055	11.534	37,1	19.521	62,9
Davon: Praxen mit Suffix für hohes Fallaufkommen je Ärztin/Arzt über 50 % der Fälle	6.084	2.180	35,8	3.904	64,2
Anzahl Praxen ohne Suffix für hohes Fallaufkommen	23.643	8.858	37,5	14.785	62,5

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Auch mit Blick auf die bereits beschriebene regionale Verteilung (s. Abschnitt 4.1) zeigten sich Unterschiede zwischen den beiden Praxisgruppen: NäPA-/VERAH-Praxen waren mit einem Anteil von 21,1 % (2.437 Praxen) häufiger in ländlichen Regionen angesiedelt als Praxen ohne NäPA oder VERAH, von denen lediglich 14,0 % (2.737) in ländlichen Regionen lagen. Umgekehrt wiesen Praxen ohne NäPA/VERAH mit 44,1 % (8.647) einen deutlich höheren Anteil in städtischen Regionen auf als NäPA-/VERAH-Praxen mit 27,8 % (3.206). Den größten Anteil stellten in beiden Gruppen die semi-urbanen Regionen, wobei auch hier der Anteil bei NäPA-/VERAH-Praxen höher ausfiel (51,1 %; 5.903) als bei Praxen ohne NäPA/VERAH (41,9 %; 8.222) (Abbildung 6).

Abbildung 6: Regionale Verteilung hausärztlicher Praxen (2024)



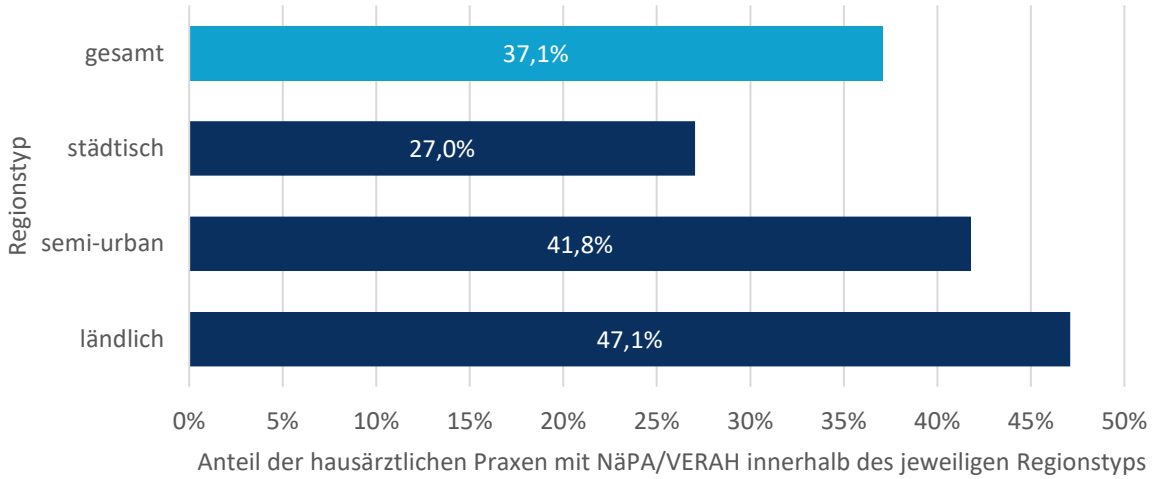
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Betrachtet man den NäPA-/VERAH-Anteil spiegelbildlich innerhalb der jeweiligen Regionstypen, verfügten in städtischen Regionen 27,0 % aller hausärztlichen Praxen über eine NäPA oder VERAH, in

semi-urbanen Regionen 41,8 % und in ländlichen Regionen 47,1 % (Abbildung 7). Fast jede zweite hausärztliche Praxis im ländlichen Raum rechnet somit eine NäPA oder VERAH ab.

Abbildung 7: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Regionstyp (2024)

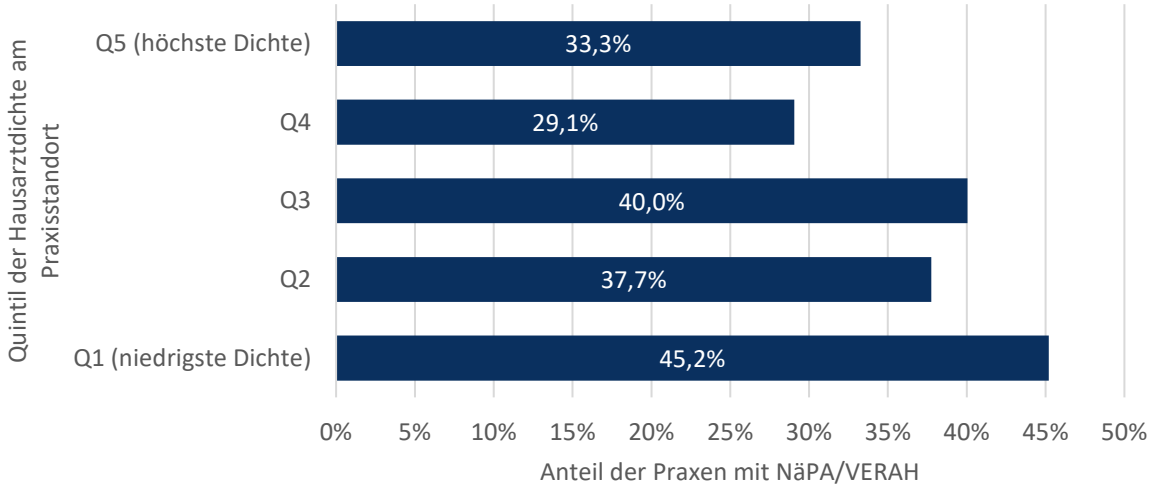


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Bei der regionalen Hausarztdichte unterschieden sich die Durchschnittswerte zwischen NäPA-/VERAH-Praxen (65,7 Hausärztinnen und Hausärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis des Praxisstandorts) und Praxen ohne NäPA/VERAH (67,1) nur geringfügig. Die differenzierte Betrachtung nach fünf gleich großen Gruppen (Quintile) der regionalen Hausarztdichte zeigte jedoch deutliche Unterschiede: In den Kreisen mit der geringsten Hausarztdichte (Q1) wiesen 45,2 % der Praxen eine NäPA oder VERAH auf, den höchsten Anteil aller Gruppen. In den übrigen Quintilen schwankte dieser Wert zwischen 29,1 % (Q4) und 40,0 % (Q3), während er im Quintil mit der höchsten Hausarztdichte (Q5) bei 33,3 % lag (Abbildung 8). Damit wird deutlich, dass Praxen in Regionen mit geringeren hausärztlichen Kapazitäten häufiger qualifizierte Gesundheitsfachberufe abrechneten.

Abbildung 8: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Quintilen der Hausarztdichte am Praxisstandort (2024)



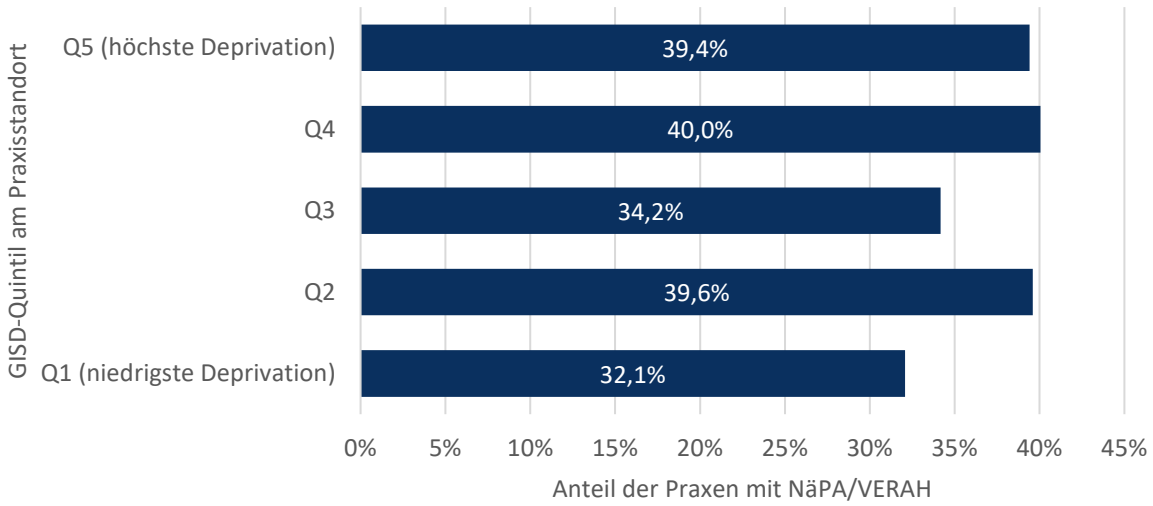
Anmerkung: Q1 umfasst die Praxen in Kreisen bzw. kreisfreien Städten mit der niedrigsten, Q5 diejenigen mit der höchsten Hausarztdichte.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Der durchschnittliche GISD-Wert, der die sozioökonomische Benachteiligung eines Praxisstandorts auf einer Skala von 0 bis 1 abbildet, lag bei NäPA-/VERAH-Praxen mit 0,504 ähnlich hoch wie bei Praxen ohne diese Gesundheitsfachberufe (0,484). Zwar lag der Anteil der Praxen mit NäPA oder VERAH im Quintil mit der geringsten Deprivation (also mit u. a. höheren durchschnittlichen Einkommen) mit 32,1 % unter dem Bundesdurchschnitt, in den übrigen Quintilen schwankte er jedoch ohne erkennbares Muster zwischen 34,2 % und 40,0 %. Die Ergebnisse weisen daher nicht auf einen eindeutigen Zusammenhang zwischen regionaler Deprivation und dem Vorhandensein von NäPA- bzw. VERAH-Fachkräften hin (Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Quintilen der regionalen sozioökonomischen Deprivation (GISD) am Praxisstandort (2024)



Anmerkung: Q1 umfasst die Praxen in den am wenigsten sozioökonomisch deprivierten Kreisen bzw. kreisfreien Städten, Q5 diejenigen in den am stärksten deprivierten.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

4.3 Patientenbezogene Merkmale

NäPA-/VERAH-Praxen versorgten im Jahr 2024 durchschnittlich 1.358,8 Patientinnen und Patienten je Praxis und damit rund 31,9 % mehr als Praxen ohne entsprechende Gesundheitsfachberufe (1.030,0). Ein Ergebnis, das unter anderem aus der höheren durchschnittlichen Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte folgt (s. Abschnitt 4.2); bei Betrachtung der Praxisgröße zeigte sich kein generell höheres Patientenaufkommen der NäPA-/VERAH-Praxen. Der Frauenanteil unterschied sich zwischen beiden Gruppen kaum: Er lag bei 52,9 % in NäPA-/VERAH-Praxen gegenüber 53,7 % in Praxen ohne NäPA/VERAH. Auch das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten wich mit 50,1 Jahren in NäPA-/VERAH-Praxen nur geringfügig von Praxen ohne NäPA/VERAH ab (49,2 Jahre).

Der Elixhauser-Komorbiditätsindex, ein diagnosebasiertes Maß dafür, wie viele chronische Komorbiditäten eine Person aufweist, unterschied sich mit durchschnittlich 2,0 Komorbiditäten je Patientin bzw. Patient nicht. Auch der Anteil der Patientinnen und Patienten in den vier Schweregradkategorien (0 Komorbiditäten bis 3 oder mehr Komorbiditäten) fiel in NäPA-/VERAH-Praxen und Praxen ohne NäPA/VERAH nahezu identisch aus.

Deutlicher unterschied sich der abrechnungsbezogene Chronikeranteil, also der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung in kontinuierlicher ärztlicher Betreuung standen und dies über entsprechende Chronikerzuschläge abrechneten: In NäPA-/VERAH-Praxen betraf dies 47,5 % der Patientinnen und Patienten, in Praxen ohne NäPA/VERAH lediglich 36,1 %.

Die durchschnittlich abgerechneten Leistungsbedarfe je Patientin bzw. Patient und Jahr lagen bei NäPA-/VERAH-Praxen mit 228 Euro um 11,8 % über dem Wert von Praxen ohne NäPA/VERAH (204 Euro). Bei chronisch Kranken fiel der Unterschied mit +8,4 % (361 Euro gegenüber 333 Euro) etwas geringer aus. Bei nicht-chronisch Erkrankten drehte sich das Verhältnis hingegen um: Hier lagen die jährlichen abgerechneten Leistungsbedarfe je Patientin bzw. Patient in Praxen ohne NäPA/VERAH mit 93 Euro um 8,1 % über dem Wert von NäPA-/VERAH-Praxen (86 Euro) (Tabelle 3).

Tabelle 3: Patientenbezogene Merkmale in hausärztlichen Praxen (2024)

Kennzahl	Gesamt	Praxen mit NäPA/VERAH	Praxen ohne NäPA/VERAH
Anzahl Praxen (N)	31.152	11.546	19.606
Ø Anzahl der Patientinnen/Patienten je Praxis (N)	1.151,9	1.358,8	1.030,0
Ø Alter der Patientinnen/Patienten (Jahre)	49,6	50,1	49,2
Ø Anteil weibliche Patientinnen je Praxis (%)	53,4	52,9	53,7
Ø Anzahl Elixhauser Grunderkrankungen je Patientinnen/Patienten je Praxis (N)	2,0	2,0	2,0
Ø Anteil Patientinnen/Patienten mit 0 Komorbiditäten (nach Elixhauser, %)	37,2	36,9	37,4
Ø Anteil Patientinnen/Patienten mit 1 Komorbidität (nach Elixhauser, %)	19,0	18,9	19,0
Ø Anteil Patientinnen/Patienten mit 2 Komorbiditäten (nach Elixhauser, %)	13,1	13,2	13,1
Ø Anteil Patientinnen/Patienten mit 3 oder mehr Komorbiditäten (nach Elixhauser, %)	30,7	31,0	30,4
Ø Anteil Chronikerinnen/Chroniker je Praxis (%)	41,1	47,5	36,1
Ø Jährlich abgerechneter Leistungsbedarf je Patientin/Patient je Praxis (€)	213	228	204
Ø je Chronikerinnen/Chroniker (€)	343	361	333
Ø je Nicht-Chronikerinnen/Chroniker (€)	90	86	93

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

In NäPA-/VERAH-Praxen wurden 10,7 % aller Patientinnen und Patienten ambulant gepflegt, in Praxen ohne NäPA/VERAH waren es 10,3 %. In beiden Praxistypen war Pflegegrad 2 am häufigsten vertreten (rund 4,8 % bzw. 4,7 % aller Patientinnen und Patienten), gefolgt von Pflegegrad 3 (3,3 % bzw. 3,1 %). Je pflegebedürftiger Person fielen in NäPA-/VERAH-Praxen mit durchschnittlich 3,4 Fällen mehr Behandlungsfälle an als in Praxen ohne NäPA/VERAH (2,7 Fälle).

Auch bei im Pflegeheim versorgten Versicherten lag der Anteil an allen Patientinnen und Patienten bei NäPA-/VERAH-Praxen mit 2,6 % höher als bei Praxen ohne NäPA/VERAH (1,9 %). Die Pflegegrade 3 (1,0 % bzw. 0,8 %) und 4 (0,9 % bzw. 0,7 %) bildeten in beiden Praxisgruppen die größten Anteile. Pro pflegebedürftiger Person im Pflegeheim rechneten NäPA-/VERAH-Praxen mit 2,8 Fällen ebenfalls etwas häufiger ab als Praxen ohne NäPA/VERAH (2,4 Fälle) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Pflegebedürftigkeit in hausärztlichen Praxen (2024)

Kennzahl	Gesamt	Praxen mit NäPA/VERAH	Praxen ohne NäPA/VERAH
Anzahl Praxen (N)	31.152	11.546	19.606
Ø Anzahl der Patientinnen/Patienten je Praxis (N)	1.151,9	1.358,8	1.030,0
Ø Fälle je Praxis (N)	3.092,4	4.213,7	2.432,1
Ambulant Gepflegte			
Ø Anteil Patientinnen/Patienten je Praxis (%)	10,5	10,7	10,3
Mit Pflegegrad 1 (%)	1,9	1,9	1,9
Mit Pflegegrad 2 (%)	4,7	4,8	4,7
Mit Pflegegrad 3 (%)	3,2	3,3	3,1
Mit Pflegegrad 4 (%)	1,1	1,2	1,0
Mit Pflegegrad 5 (%)	0,4	0,4	0,3
Ø Fälle je pflegebedürftiger Person je Praxis (N)	3,0	3,4	2,7
Pflegeheim			
Ø Anteil Patientinnen/Patienten je Praxis (%)	2,2	2,6	1,9
Mit Pflegegrad 1 (%)	0,01	0,01	0,01
Mit Pflegegrad 2 (%)	0,3	0,4	0,3
Mit Pflegegrad 3 (%)	0,9	1,0	0,8
Mit Pflegegrad 4 (%)	0,8	0,9	0,7
Mit Pflegegrad 5 (%)	0,4	0,4	0,3
Ø Fälle je pflegebedürftiger Person je Praxis (N)	2,6	2,8	2,4

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

4.4 Hausbesuche

Im Jahr 2024 rechnete die überwiegende Mehrheit der hausärztlichen Praxen mindestens einen Behandlungsfall mit einem Hausbesuch ab: 95,0 % aller Praxen, wobei sich NäPA-/VERAH-Praxen mit 98,6 % von Praxen ohne NäPA oder VERAH (92,9 %) absetzten. Deutlich größer war der Abstand bei nicht-ärztlichen Hausbesuchsfällen: Hier boten 84,0 % der NäPA-/VERAH-Praxen diese Leistung an, gegenüber nur 35,8 % der Praxen ohne NäPA oder VERAH.

Insgesamt entfielen 129,0 Hausbesuchsfälle je 1.000 Patientinnen und Patienten[2] auf NäPA-/VERAH-Praxen, gegenüber 103,6 bei Praxen ohne NäPA oder VERAH (Gesamtdurchschnitt: 113,0). Ursächlich für diese Differenz war primär der Bereich der nicht-ärztlichen Hausbesuche: Hier standen 51,1 Fälle je 1.000 Patientinnen und Patienten in NäPA-/VERAH-Praxen lediglich 8,9 Fällen in Vergleichspraxen gegenüber. Die ärztlichen Hausbesuchsfälle wiesen hingegen einen deutlich geringeren Unterschied auf (113,5 vs. 101,4 je 1.000 Patientinnen und Patienten).

Im Durchschnitt hatten 4,6 % aller Patientinnen und Patienten in NäPA-/VERAH-Praxen mindestens einen Fall mit einem Hausbesuch, gegenüber 3,5 % in Praxen ohne solche Gesundheitsfachberufe. Dieser Unterschied zeigte sich in allen drei Regionstypen: am stärksten in semi-urbanen Regionen (4,7 %

[2] Mit ggf. Mehrfachzählungen einer Patientin bzw. eines Patienten bei mehreren Praxen.

gegenüber 3,6 %), gefolgt von städtischen Regionen (3,8 % gegenüber 2,9 %). In ländlichen Regionen fiel der Unterschied am geringsten aus (5,7 % gegenüber 5,2 %).

Auf Praxisebene erbrachten NäPA-/VERAH-Praxen im Durchschnitt 145,7 Hausbesuche je Praxis, gegenüber 79,2 bei Praxen ohne NäPA oder VERAH. Während sich beide Gruppen bei den ärztlichen Hausbesuchsfällen je Praxis nur um den Faktor 1,7 unterschieden (128,2 gegenüber 77,4 Fälle), lag das Aufkommen an Hausbesuchen, die durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe durchgeführt wurden, in NäPA-/VERAH-Praxen mit 56,6 gegenüber 7,0 um mehr als achtmal so hoch (Tabelle 5).

Bundesweit wurden im Jahr 2024 rund 4,7 Millionen Behandlungsfälle mit mindestens einem Hausbesuch durch hausärztliche Praxen abgerechnet, mit insgesamt 10,1 Millionen Hausbesuchsziffern. Davon entfielen 56,0 % der Hausbesuchsfälle sowie 55,7 % der Hausbesuchsziffern auf NäPA-/VERAH-Praxen (der Anteil der NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen lag bei 37,1 %). Während der Anteil der ärztlichen Hausbesuchsziffern bei NäPA-/VERAH-Praxen und bei Praxen ohne NäPA/VERAH auf einem ähnlichen Niveau lag (50,1 % gegenüber 49,9 %), entfielen bei den Hausbesuchsziffern, die durch Gesundheitsfachberufe durchgeführt wurden, 87,3 % auf NäPA-/VERAH-Praxen und lediglich 12,7 % auf Praxen ohne NäPA/VERAH (Abbildung 10).

Tabelle 5: Hausbesuchsstruktur hausärztlicher Praxen (2024)

Kennzahl	Gesamt	Praxen mit NäPA/VERAH	Praxen ohne NäPA/VERAH
Anzahl Praxen (N)	31.152	11.546	19.606
Ø Anzahl der Patientinnen/Patienten je Praxis (N)	1.151,9	1.358,8	1.030,0
Anteil Praxen mit mind. einem HB-Fall (gesamt) (%)	95,0	98,6	92,9
Anteil mit ärztlichem HB-Fall (%)	94,6	98,1	92,5
Anteil mit nicht-ärztlichem HB-Fall (%)	53,6	84,0	35,8
Anteil Praxen ohne jeglichen HB (%)	5,0	1,4	7,1
Ø HB-Fälle (gesamt) je 1.000 Patientinnen/Patienten je Praxis (N)	113,0	129,0	103,6
Ø HB-Fälle (ärztlich) je 1.000 Patientinnen/Patienten (N)	105,9	113,5	101,4
Ø HB-Fälle (nicht-ärztlich) je 1.000 Patientinnen/Patienten (N)	24,5	51,1	8,9
Ø Anteil Patientinnen/Patienten mit mind. einem HB-Fall (gesamt) je Praxis (%)	4,0	4,6	3,5
Anteil städtisch (%)	3,1	3,8	2,9
Anteil semi-urban (%)	4,2	4,7	3,6
Anteil ländlich (%)	5,6	5,7	5,2
Ø HB-Fälle je Praxis (gesamt) (N)	103,8	145,7	79,2
Ø HB-Fälle (ärztlich) je Praxis (N)	96,3	128,2	77,4
Ø HB-Fälle (nicht-ärztlich) je Praxis (N)	25,4	56,6	7,0

HB = Hausbesuch.

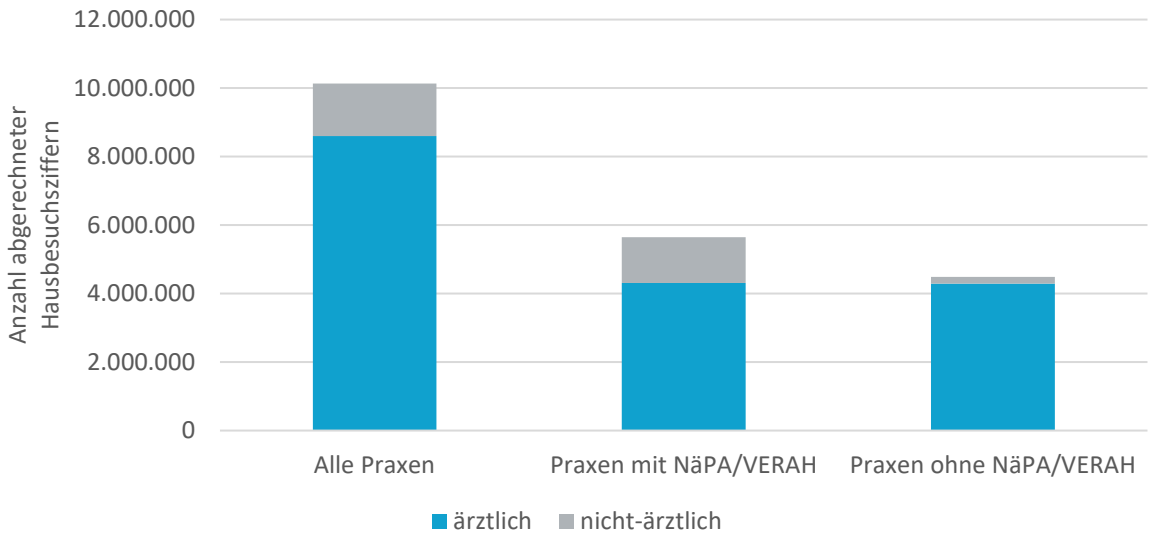
Anmerkung: Da ein Behandlungsfall sowohl eine ärztliche als auch eine nicht-ärztliche Hausbesuchsziffer enthalten konnte, schlossen sich die Kategorien „ärztlich“ und „nicht-ärztlich“ nicht gegenseitig aus. Die Summe beider Werte überstieg daher den Gesamtwert um den Anteil der Fälle mit sowohl ärztlichem als auch nicht-ärztlichem Hausbesuch im selben Fall.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Auf 1.000 Patientinnen und Patienten bezogen rechneten NäPA-/VERAH-Praxen insgesamt 359,7 Hausbesuchsziffern ab, gegenüber 222,1 Ziffern bei Praxen ohne NäPA oder VERAH. Auch hier lag der Unterschied primär im nicht-ärztlichen Bereich der qualifizierten Gesundheitsfachberufe (85,2 gegenüber 9,6 Ziffern je 1.000 Patientinnen und Patienten), während sich die ärztlichen Hausbesuchsziffern mit 274,5 gegenüber 212,5 je 1.000 Patientinnen und Patienten ebenfalls unterschieden, wenn auch deutlich weniger stark als im nicht-ärztlichen Bereich der qualifizierten Gesundheitsfachberufe (Abbildung 11).

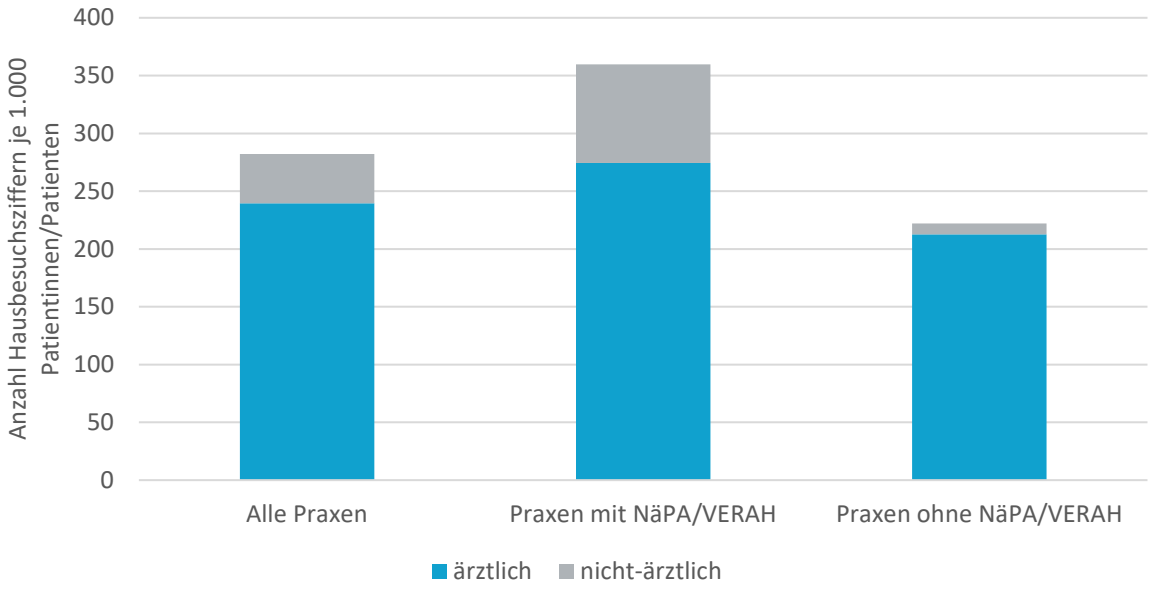
Abbildung 10: Absolute Anzahl der abgerechneten Hausbesuchsziffern durch hausärztliche Praxen (2024)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

Abbildung 11: Anzahl der abgerechneten Hausbesuchsziffern durch hausärztliche Praxen je 1.000 Patientinnen und Patienten (2024)



Anmerkung: Die Abbildung zeigt die Anzahl abgerechneter Hausbesuchsziffern je 1.000 Patientinnen und Patienten, berechnet als Verhältnis der Gesamtzahl abgerechneter GOP zur aufsummierten Patientenzahl der jeweiligen Praxisgruppe.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten

© WIdO 2026

5 Diskussion

Entwicklung und Verbreitung über die Zeit

Die Anzahl der NäPA-/VERAH-Praxen stieg zwischen 2015 und 2024 kontinuierlich, wobei sich das Wachstum ab 2020 deutlich verlangsamte. Städtische Praxen verzeichneten den stärksten relativen Zuwachs an NäPA-/VERAH-Praxen, während der Anteil ländlicher Praxen am Gesamtbestand leicht zurückging. Der weiterhin anhaltende, wenn auch abgeschwächte Anstieg spricht dafür, dass sich der Einsatz von NäPA und VERAH über den Beobachtungszeitraum zunehmend etabliert, sowohl in der Regelversorgung als auch im Rahmen der HzV (Mangiapane et al. 2022; Schwill et al. 2026). Der Wunsch, Leistungen in einem interprofessionellen Team zu erbringen, bestätigt sich damit.

Die Verlangsamung des Wachstums ab 2020 lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht abschließend erklären. Denkbar wäre, dass Praxen mit besonders hohem Bedarf und Offenheit gegenüber Delegationsmodellen diese bereits überwiegend anwenden, während bei den verbleibenden Praxen strukturelle Hürden oder eine geringere Akzeptanz einer Ausweitung interprofessioneller Zusammenarbeit entgegenstehen.

Regionale Unterschiede

Die Verbreitung von NäPA und VERAH variierte deutlich zwischen den Regionen. So verfügten in Bremen 38,0 % der Praxen über NäPA/VERAH, während es in Berlin nur 14,4 % waren – bei in beiden Fällen ausschließlich städtischer Struktur. Über alle Regionen hinweg zeigte sich jedoch insgesamt eine höhere Verbreitung im ländlichen Raum. Dies ging damit einher, dass der NäPA-/VERAH-Anteil in Kreisen mit der geringsten Hausarztdichte am höchsten ausgeprägt war: Qualifizierte Gesundheitsfachberufe sind demnach dort etwas häufiger vertreten, wo vergleichsweise wenige Hausärztinnen und -ärzte die Bevölkerung versorgen. Dieses Muster deckt sich mit der internationalen Evidenz zum Einsatz von Skill-Mix-Modellen als Instrument zur Kompensation von Versorgungsengpässen (Freund et al. 2015; Laurant et al. 2018) und legt nahe, dass Praxen in unterversorgten Regionen qualifizierte Gesundheitsfachberufe gezielt zur Kapazitätserweiterung nutzen. Der Zusammenhang mit der sozioökonomischen Deprivation fiel demgegenüber deutlich schwächer aus: Lediglich in Kreisen mit der geringsten sozioökonomischen Deprivation lag der NäPA-/VERAH-Anteil unter dem Durchschnitt, während sich der Anteil ansonsten kaum unterschied. Eine belastbare Beziehung zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und NäPA-/VERAH-Verbreitung lässt sich daraus nicht ableiten.

Im Durchschnitt fanden sich besonders hohe NäPA-/VERAH-Anteile in den ostdeutschen Flächenländern Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern sowie in Baden-Württemberg. Hier handelt es sich größtenteils um jene Bundesländer, in denen früh Vorläuferkonzepte erprobt wurden (van den Berg et al. 2009). Entsprechend könnten frühzeitig aufgebaute regionale Strukturen zu einer dauerhaft höheren Verbreitung von qualifizierten Gesundheitsfachberufen geführt haben. Zudem waren Teile dieser Regionen – nicht zuletzt aufgrund der Altersstruktur der dortigen Hausärzteschaft – eher als andere mit Fragen der Sicherstellung hausärztlicher Versorgung und der Verfügbarkeit hausärztlicher Kapazitäten konfrontiert (Kopetsch 2002).

Praxisstruktur

Der Einsatz von NäPA und VERAH war eng mit der Anzahl der in einer Praxis abrechneten Ärztinnen und Ärzte assoziiert: Während 27,7 % der Einzelpraxen[3] NäPA oder VERAH abrechneten, stieg dieser Anteil bei Praxen mit drei oder mehr Ärztinnen und Ärzten auf 57,7 %. Größere, arbeitsteilig organisierte Praxen dürften eher über die räumlichen, finanziellen und personalführungsbezogenen Ressourcen verfügen, um zusätzliche Gesundheitsfachberufe einzustellen. Ebenso ermöglicht die zusätzliche Kapazität durch NäPA oder VERAH überhaupt erst höhere Fallzahlen und in der Folge größere Praxisstrukturen.

[3] Bezogen auf die Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte und nicht die Anzahl der Praxisinhaber und -inhaberinnen (s. Abschnitt 3)

Gleichzeitig unterschied sich der Anteil an Praxen mit besonders hohem individuellem Fallaufkommen je Ärztin bzw. Arzt zwischen beiden Gruppen kaum. Dies deutet darauf hin, dass nicht die individuelle Arbeitsbelastung einzelner Ärztinnen und Ärzte, sondern vor allem die strukturelle Praxisgröße selbst der maßgebliche Faktor für den Einsatz von NäPA oder VERAH ist. Neben diesen strukturellen Faktoren ist auch ein Selektionseffekt auf Ebene der Ärztinnen und Ärzte selbst denkbar: Wer die Zusammenarbeit in einem Team bevorzugt, dürfte auch eher bereit sein, weitere Gesundheitsfachberufe in dieses Team zu integrieren.

Patientenbezogene Merkmale

Hinsichtlich Alter, Geschlecht und Elixhauser-Komorbiditätsindex waren bei den Patientinnen und Patienten kaum Unterschiede hinsichtlich der beiden Praxisgruppen auszumachen. Dies spricht dafür, dass Praxen mit NäPA/VERAH nicht eine bestimmte Risikogruppe versorgen, sondern breit in der Regelversorgung eingesetzt werden.

Demgegenüber fiel der abgerechnete Chronikeranteil in NäPA-/VERAH-Praxen mit 47,5 % gegenüber 36,1 % in Praxen ohne NäPA oder VERAH deutlich höher aus. Inwiefern dies auf echte Unterschiede in der Morbidität hindeutet oder auf unterschiedliche Dokumentations- und Abrechnungsmuster zurückzuführen ist, bleibt offen. Ein Unterschied in der Morbidität wiederum könnte verschiedene Ursachen haben, z. B. dass Patientinnen und Patienten eher Praxen auswählen, die Hausbesuche anbieten oder auch Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen versorgen. NäPA-/VERAH-Praxen versorgten anteilig etwas mehr ambulant Gepflegte (10,7 % vs. 10,3 %) und im Pflegeheim betreute Patientinnen und Patienten (2,6 % vs. 1,9 %) und wiesen zugleich eine höhere Fallzahl je pflegebedürftiger Person auf.

Die höheren durchschnittlichen abgerechneten Leistungsbedarfe je Patientin bzw. Patient in NäPA-/VERAH-Praxen spiegeln einen höheren Chronikeranteil wider. Demgegenüber fielen die jährlichen abgerechneten Leistungsbedarfe bei nicht-chronisch Erkrankten in NäPA-/VERAH-Praxen niedriger aus (86 Euro gegenüber 93 Euro).

Hausbesuche

Ärztliche Hausbesuche wurden nahezu unabhängig vom Vorhandensein einer NäPA oder VERAH von fast allen Praxen erbracht (98,1 % vs. 92,5 %). Sie stellen damit einen festen Bestandteil der hausärztlichen Grundversorgung dar. Von qualifizierten Gesundheitsfachberufen durchgeführte Hausbesuche wurden hingegen deutlich häufiger in NäPA-/VERAH-Praxen veranlasst (84,0 % vs. 35,8 %). Obwohl NäPA-/VERAH-Praxen lediglich 37,1 % aller hausärztlichen Praxen ausmachten, entfielen auf sie mehr als die Hälfte aller Hausbesuchsfälle (56,0 %) sowie – bezogen auf 1.000 Patientinnen und Patienten – deutlich mehr Hausbesuchsleistungen als bei Praxen ohne NäPA oder VERAH. Dies spricht dafür, dass NäPA und VERAH die Hausbesuchskapazität erweitern, statt ärztliche Hausbesuche zu ersetzen.

Implikationen für die Praxis

Die Befunde legen nahe, dass größere und arbeitsteilig strukturierte Praxen besonders günstige Voraussetzungen für den Einsatz von NäPA und VERAH bieten. Sie erleichtern die Integration delegationsbasierter Versorgungsmodelle in den Praxisalltag und scheinen eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Der Umstand, dass bislang knapp zwei Drittel aller hausärztlichen Praxen ohne NäPA oder VERAH arbeiten, verweist zugleich auf ein erhebliches Ausbaupotenzial, das im Rahmen der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems gehoben werden sollte.

Künftige Reformen sollten daher stärker auf größere, arbeitsteilig organisierte und interprofessionell ausgerichtete Praxisstrukturen abzielen. Wesentlich ist dabei nicht nur das Ob, sondern insbesondere das Wie der Aufgabenteilung zu adressieren – also konkrete Rollen, Zuständigkeiten und Befugnisse rechtssicher zu definieren. Der SVR empfiehlt in diesem Zusammenhang, auch akademisch qualifizierte Fachkräfte strukturell in die Primärversorgung einzubinden und die Vergütung von der unmittelbaren ärztlichen Leistungserbringung zu entkoppeln, etwa durch eine Umstellung auf teamorientierte Jahrespauschalen. Außerdem sollen Primärversorgungszentren als Katalysator für eine multiprofessionell ausgerichtete Versorgung dienen (SVR 2024).

Konsequenterweise sollten dann neu zu besetzende hausärztliche Sitze prioritär genutzt werden, um größere, interprofessionell ausgerichtete Praxisstrukturen aufzubauen oder gezielt zu stärken. Dies würde nicht nur den Einsatz von NäPA, VERAH und weiteren Gesundheitsfachberufen erleichtern, sondern auch die Attraktivität hausärztlicher Tätigkeiten erhöhen. Gerade angesichts des wachsenden Interesses an Anstellung und teamorientierten Arbeitsmodellen (Averbeck et al. 2024; Bertelsmann Stiftung 2025; Wolf et al. 2023) könnten solche Strukturen die Nachbesetzung ärztlicher Stellen unterstützen.

Die Weiterentwicklung arbeitsteiliger Versorgungsstrukturen beschränkt sich dabei jedoch nicht auf die Ausweitung bestehender Delegationsmodelle. Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit definierte Aufgaben künftig auch dauerhaft und eigenverantwortlich durch entsprechend qualifizierte Gesundheitsfachberufe übernommen werden können.

Verschiedene Modellprojekte zeigen, wie eine solche interprofessionelle Neuausrichtung konzeptionell umgesetzt werden kann (Schmid et al. 2020; Schwill et al. 2024). Ein zentraler Baustein ist dabei, dass klar definierte Aufgaben entsprechend dem Kompetenzprofil und dem Verantwortungsumfang der jeweiligen Berufsgruppe ohne ärztliche Rücksprache an qualifizierte Gesundheitsfachberufe delegiert bzw. übertragen werden können. Vor diesem Hintergrund sollte über die an ärztliche Anordnung gebundene Delegation hinaus geprüft werden, inwiefern definierte Aufgaben künftig substitutiv regelhaft durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe übernommen werden können.

Zusätzliche Perspektiven eröffnen hierbei die Konzepte von CHN und APN. Beide Rollen sehen eine erweiterte Verantwortungsübernahme akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der direkten Patientenversorgung, der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Versorgungskoordination vor. Während CHN insbesondere gemeindenahe Versorgungsstrukturen stärken und vulnerable Bevölkerungsgruppen adressieren, übernehmen APN zunehmend eigenständige Aufgaben auch in der Betreuung komplexer Patientengruppen. Erste Modellprojekte erproben diese Rollen bereits in der Primärversorgung: Im FAMOUS-Projekt (Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch APN) wurden von 2020 bis 2024 neun APN in ländlichen hausärztlichen Praxen in Rheinland-Pfalz eingesetzt, die im Rahmen eines Delegationsmodells die fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten übernahmen (Stemmer 2024). Im städtischen Kontext wurde in dem Projekt CoSta (Community Health Nursing in der Stadt) im Hamburger Stadtteil Veddel eine CHN beschäftigt, die im interprofessionellen Praxisteam einer Poliklinik Pflegesprechstunden und Hausbesuche für chronisch Kranke durchführte (Petersen-Ewert et al. 2023). In der brandenburgischen Stadt Luckau übernimmt seit 2024 eine CHN Hausbesuche, erfasst den individuellen Unterstützungsbedarf pflegebedürftiger Personen und koordiniert Maßnahmen zwischen den Versorgerinnen und Versorgern (DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e. V. 2025).

Diese Modelle verdeutlichen, dass die Weiterentwicklung der Primärversorgung nicht allein auf Delegation beschränkt bleiben muss, sondern perspektivisch auch Formen der qualifikationsgebundenen Substitution umfassen kann. Auch der Rechtsrahmen entwickelt sich in diese Richtung: Mit dem BEEP wurde zum 1. Januar 2026 die eigenverantwortliche Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen im Leistungsrecht verankert (§ 4a PflBG, § 15a SGB V); die konkreten Leistungen sind in Verträgen nach § 73d SGB V festzulegen.

Die Erfahrungen mit APN- und CHN-Modellen in anderen Gesundheitssystemen weisen darüber hinaus auf den Nutzen eines berufsübergreifenden und kompetenzorientierten Ansatzes in der Primärversorgung hin. Für die Übernahme konkreter Aufgaben sollten daher weniger die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe als vielmehr die nachgewiesenen Kompetenzen und die Anforderungen des jeweiligen Versorgungskontextes maßgeblich sein. Auf dieser Grundlage ist zu bestimmen, welche Aufgaben sicher und qualitätsgesichert übernommen werden können. Die Integration solcher Rollen wird durch multiprofessionelle Versorgungsmodelle sowie geeignete Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen begünstigt (Brownwood und Lafortune 2024; Gormley et al. 2024).

Eine wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung arbeitsteiliger Versorgungsmodelle ist die transparente Abbildung der von Gesundheitsfachberufen erbrachten Leistungen. Ein strukturelles

Problem des bisherigen NäPA-/VERAH-Systems in Deutschland besteht in der fehlenden eigenständigen Leistungsdokumentation. Mit Ausnahme der Hausbesuchsziffern bleiben die tatsächlich von NäPA und VERAH erbrachten Leistungen weitgehend unsichtbar. Zudem werden diese Berufsgruppen, anders als die Ärztinnen und Ärzte, in keinem Register erfasst. Dies erschwert die Bewertung ihres Beitrags zur Versorgung und damit auch eine realistische Einordnung der demografischen Herausforderungen. Zugleich fehlen wichtige Grundlagen für die Weiterentwicklung teambasierter Versorgung. Der von weiteren Gesundheitsfachberufen geleistete Versorgungsbeitrag sollte daher auch in Planungs- und Steuerungsinstrumenten des ambulanten Bereichs, wie etwa der ambulanten Bedarfsplanung, sichtbar werden. Eine ausschließlich arztbezogene Betrachtung bildet die Versorgungssituation inzwischen nur unvollständig ab.

Sowohl für NäPA und VERAH als auch für PA, CHN und APN sind transparente Dokumentations- und Verantwortungsstrukturen entscheidend. Diese müssen sich nicht nur in klaren Rollenprofilen und Delegationsregeln, sondern auch in der nachvollziehbaren Erfassung der erbrachten Leistungen widerspiegeln. Aktuelle Debatten um pflegerische Leistungs- und Personalbemessung, z. B. zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, zeigen, dass die Sichtbarkeit nicht-ärztlicher Leistungen zunehmend auch an deren dokumentarische und finanzielle Abbildbarkeit geknüpft wird. Eine transparente und systematische Erfassung der erbrachten Leistungen kann damit zugleich deren Sichtbarkeit und Evaluation unterstützen.

Eine systematische Erfassung nicht-ärztlicher Leistungen würde zudem eine differenziertere Analyse ihrer Versorgungsbeiträge ermöglichen, etwa im Hinblick auf Behandlungsergebnisse und einen Vergleich ärztlich und nicht-ärztlich erbrachter Leistungen. Dies gilt sowohl für etablierte delegative Tätigkeiten von NäPA und VERAH als auch für erweiterte pflegerische Rollenprofile wie CHN und APN. Ein sichtbar dokumentierter und messbarer Beitrag qualifizierter Gesundheitsfachberufe bildet somit eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung einer stärker arbeitsteiligen, interprofessionellen und kompetenzorientierten Primärversorgung.

6 Fazit

Die vorliegende Analyse bietet eine umfassende, bundesweite Bestandsaufnahme zum Einsatz von NäPA und VERAH als qualifizierte Gesundheitsfachberufe in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Auf Basis von Abrechnungsdaten wurden die Entwicklung von 2015 bis 2024, die regionale Verteilung sowie die Charakteristika der jeweiligen Praxen und ihrer Patientinnen und Patienten untersucht.

Insgesamt zeigt sich, dass NäPA und VERAH typischerweise in größeren Praxisstrukturen, die eher in ländlicheren bzw. hausärztlich weniger dicht versorgten Regionen liegen, zu finden sind. Die durch sie erfolgende Versorgung unterscheidet sich weniger grundsätzlich als vielmehr in spezifischen Schwerpunkten: Es werden anteilig mehr chronisch kranke und pflegebedürftige Patientinnen und Patienten betreut, und insbesondere die Hausbesuchskapazität wird durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe erweitert, ohne ärztliche Hausbesuche zu verdrängen.

Da ca. zwei Drittel der hausärztlichen Praxen bislang noch keine NäPA oder VERAH abrechnen, ergibt sich aus den Befunden ein erhebliches Ausbaupotenzial. Um dieses zu heben, sollte der Wandel hin zu kooperativen, teambasierten Praxisstrukturen gezielt vorangetrieben werden, da größere Versorgungseinheiten günstigere infrastrukturelle und organisatorische Voraussetzungen für den Einsatz von qualifizierten Gesundheitsfachberufen bieten. Um den drohenden Versorgungsengpässen infolge des demografischen Wandels und des Generationenwechsels wirksam zu begegnen, greift eine bloße Ausweitung des bestehenden Delegationsrahmens jedoch zu kurz. Mit § 4a PflBG und § 15a SGB V bestehen inzwischen Regelungen zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung bzw. Leistungserbringung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, sodass sich der rechtliche Rahmen qualifizierter Gesundheitsfachberufe bereits ausdifferenziert. Demgegenüber bleibt die Aufgabenübertragung für NäPA und VERAH in der Regel an eine ärztliche Anordnung gebunden. Künftige Reformen sollten daher an die bereits erfolgte pflegerechtliche Weiterentwicklung anknüpfen und rechtssichere Rahmenbedingungen schaffen, die es ermöglichen, dass qualifizierten Gesundheitsfachberufen auch im hausärztlichen Bereich in definierten Indikationsbereichen regelhaft eigenständige und substitutive Versorgungsaufgaben übertragen werden.

Ein Hemmnis hierbei stellt das Fehlen einer eigenständigen Leistungsdokumentation dar. Die in anderen Versorgungsbereichen bestehenden Überlegungen, nicht-ärztliche Leistungen eigenständig sichtbar zu machen, sollten auch für die ambulante Versorgung aufgegriffen werden. Dadurch wäre der tatsächliche Beitrag der Gesundheitsfachberufe nachvollziehbar.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass qualifizierte Gesundheitsfachberufe bereits heute einen relevanten Beitrag zur Aufrechterhaltung der hausärztlichen Versorgung leisten. Eine Debatte über die demografischen Herausforderungen in der Primärversorgung bleibt daher unvollständig, wenn sie allein auf die Entwicklung ärztlicher Kapazitäten abstellt und den Versorgungsbeitrag qualifizierter Gesundheitsfachberufe unberücksichtigt lässt. Dies betrifft auch die Diskussion über geeignete Handlungsoptionen: Die erhebliche Varianz beim Einsatz von NäPA und VERAH zeigt, dass die bestehenden Möglichkeiten zur arbeitsteiligen Versorgung bislang regional unterschiedlich genutzt werden und noch Entwicklungspotenziale bestehen. Eine systematische Weiterentwicklung der Rollenbilder und Abrechnungsstrukturen ist daher ein zentraler Ansatz, um die Primärversorgung nachhaltig zu stärken – durch eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung, klar geregelte Verantwortlichkeiten, eine gemeinsame Versorgungsgestaltung und die eigenständige Sichtbarkeit der beteiligten Berufsgruppen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach Regionstyp (2015–2024) 14

Abbildung 2: Zusammensetzung des Anteils hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, je KV-Region nach Regionstyp (2024) 16

Abbildung 3: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, je KV-Region nach Regionstyp (2024) 17

Abbildung 4: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, auf Kreisebene (2024) 18

Abbildung 5: Anteil hausärztlicher Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach Anzahl der in einer Praxis abrechnenden Ärztinnen und Ärzte (2024) 19

Abbildung 6: Regionale Verteilung hausärztlicher Praxen (2024) 20

Abbildung 7: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Regionstyp (2024) 21

Abbildung 8: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Quintilen der Hausarztdichte am Praxisstandort (2024) 22

Abbildung 9: Anteil NäPA-/VERAH-Praxen an allen hausärztlichen Praxen, nach Quintilen der regionalen sozioökonomischen Deprivation (GISD) am Praxisstandort (2024) 22

Abbildung 10: Absolute Anzahl der abgerechneten Hausbesuchsziffern durch hausärztliche Praxen (2024) 27

Abbildung 11: Anzahl der abgerechneten Hausbesuchsziffern durch hausärztliche Praxen je 1.000 Patientinnen und Patienten (2024) 27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl hausärztlicher Praxen und Anteil der Praxen, die mindestens eine NäPA oder VERAH abrechneten, nach KV-Region (2024) 15

Tabelle 2: Fallzahlen und ärztliche Praxisstruktur hausärztlicher Praxen (2024) 20

Tabelle 3: Patientenbezogene Merkmale in hausärztlichen Praxen (2024) 24

Tabelle 4: Pflegebedürftigkeit in hausärztlichen Praxen (2024) 25

Tabelle 5: Hausbesuchsstruktur hausärztlicher Praxen (2024) 26

Glossar

AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemintervention
APN	Advanced Practice Nurses
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BEEP	Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BSNR	Betriebsstättennummer
CHN	Community Health Nurses
CoSta	Community Health Nursing in der Stadt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EVA	Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten
FAMOUS	Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch APN
GISD	German Index of Socioeconomic Deprivation
GOP	Gebührenordnungspositionen
HB	Hausbesuch
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	lebenslange Arztnummer
MFA	Medizinische Fachangestellte
NäPA	Nicht-ärztliche Praxisassistenzen
PA	Physician Assistants
PflBG	Pflegeberufegesetz
PORT-Zentren	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
Q	Quintil
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege
VERAH	Versorgungsassistenzen in der Hausarztpraxis

Literatur

AOK-Bundesverband (2025) Von Anfang an gut versorgt: Eckpunkte für eine Primärversorgung in Deutschland.

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). doi:10.1080/13814788.2024.2413123

Bertelsmann Stiftung (2025) Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen. 1/2025

Brownwood I, Lafortune G (2024) Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. OECD Health Working Papers. doi:10.1787/8e10af16-en

Bundesärztekammer (2023) Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin".

Bundesärztekammer (2025) Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2026) Start des Dialogprozesses zur Erarbeitung eines Primärversorgungssystems.

de Leede-Brunsveld SFM, Bleijenberg N, Verhoef J, Holtkamp C, van Vught JAH (2023) Nurse Practitioners in Community Health Care: A Rapid Scoping Review of Their Role, Tasks, Responsibilities, and Implementation in Northwest Europe. Health and Social Care in the Community 2023:6678458-6678458. doi:10.1155/2023/6678458

DRK-Kreisverband Fläming-Spreewald e. V. (2025) Gemeindegesundheitspflege / Community Health Nursing in Luckau.

Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM (1998) Comorbidity Measures for Use with Administrative Data. Medical Care 36 (1):8-27. doi:10.1097/00005650-199801000-00004

Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M (2015) Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? International Journal of Nursing Studies 52 (3):727-743. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014

Gormley E, Connolly M, Ryder M (2024) The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. International Journal of Nursing Studies Advances 7:100227. doi:10.1016/j.ijnsa.2024.100227

Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallouros J, de Lusignan S, Gage H, Gabe J, Grant R (2013) The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. BMC Health Services Research 13:223. doi:10.1186/1472-6963-13-223

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. doi:10.11586/2026026

Holstiege J, Kohring C, Ivanova M, Haarmann A, Pieper D, Müller D, Akmatov MK (2026) Multimorbidität bei Menschen ab 50 Jahren: zeitliche Trends und regionale Variation. Versorgungsatlas-Bericht 26/01. doi:10.20364/VA-26.01

Htay M, Whitehead D (2021) The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. International Journal of Nursing Studies Advances 3:100034. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100034

Initiative Gesundheit in Brandenburg (2026) agneszwei. Gesunde Ideen für Brandenburg

Institut für hausärztliche Fortbildung (2026) Zulassungsvoraussetzungen – Wie wird man VERAH? Praxisteam – IHF Website

Kopetsch T (2002) KBV-Studie zu Arztzahlen: Überaltert und zu wenig Nachwuchs. Deutsches Ärzteblatt 99 (9):A544-A547

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

Laux G, Szecsenyi J, Götz K (2015) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58 (4-5):398-407. doi:10.1007/s00103-015-2122-9

Leinert J, Hamburg A, Schilcher C (2026) Teamarbeit gegen den Ärztemangel: Aufgabenteilung aus Sicht der Hausärzte, der Bevölkerung und der Patienten. Spotlight Gesundheit 2

Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D (2022) Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung: Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA). Zi-Paper 25

Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, Rosemann T (2014) Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research 14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214

Meyer T (2024) Weiteres Wachstum und erste Master-Absolvent:innen – PA-Zahlen in Deutschland. Physician Assistant 5 (1/24):11

Michalski N, Soliman LO, Reis M, Tetzlaff F, Nowossadeck E, Hoebel J (2026) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD). doi:10.5281/zenodo.18983808

Patel SY, Auerbach D, Huskamp HA, Frakt A, Neprash H, Barnett ML, James HO, Smith LB, Mehrotra A (2023) Provision of evaluation and management visits by nurse practitioners and physician assistants in the USA from 2013 to 2019: cross-sectional time series study. BMJ 382:e073933. doi:10.1136/bmj-2022-073933

Petersen-Ewert C, Iversen L, Nock A, Waidhas L (2023) Community Health Nursing im Gesundheitszentrum: Eine praxisorientierte Handlungsempfehlung.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. doi:10.4126/FRL01-006473488

Schmid A, Günther S, Baierlein J (2020) Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. doi:10.15495/EPub_UBT_00005121

Schmiedhofer MH, Brandner S, Kuhlmey A (2017) Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte: Der Versorgungsansatz agnes zwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse. Das Gesundheitswesen 79 (06):453-460. doi:10.1055/s-0035-1555943

Schwill S, Meißner A, Mink J, Bublitz S, Altiner A, Buhlinger-Göpfarth N (2024) HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 100:142-149. doi:10.1007/s44266-023-00161-w

Schwill S, Mühlenfeld H-M, Mamay P, Seewald VK, Hirrich S, Blumenthal-Beier M, Buhlinger-Göpfarth N (2026) Health care assistants in German primary care: A structural analysis (Versorgungsassistenz in der hausärztlichen Versorgung: eine Strukturanalyse in Deutschland). Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

Senft JD, Wensing M, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G (2019) Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study. BMJ Open 9 (12):e033325. doi:10.1136/bmjopen-2019-033325

Stemmer R (2024) FAMOUS: Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses.

Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A (2015) Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care 27 (5):396-404. doi:10.1093/intqhc/mzv054

van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W (2009) AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Deutsches Ärzteblatt International 106 (1-2):3-9. doi:10.3238/arztebl.2009.0003

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 (12):1115-1123. doi:10.1055/a-2158-8982