

## Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung

- Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA)

Dr. Sandra Mangiapane, Thomas Czihal, Dr. Dominik von Stillfried



**www.zi.de**

**Zentralinstitut für die  
kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland**  
Salzufer 8  
10587 Berlin

Berlin, den 09.11.2022

**Korrespondenz an:**

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, +49 30 4005 2450, zi@zi.de

**Erratum:**

Im Vergleich zur Version vom 8.11.2022 wurde in der aktuellen Version auf Seite 13 eine Korrektur der beschriebene Mindestfallzahl vorgenommen (700 statt 1.082 Fälle).

## Inhaltsverzeichnis

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Hintergrund.....   | 4  |
| 2     | Methodik.....  | 6  |
| 3     | Ergebnisse .....   | 7  |
| 3.1   | Anzahl NäPA im Jahr 2021.....  | 7  |
| 3.2   | Entwicklung der Anzahl an Praxen im Zeitverlauf von 2016 bis 2021..... | 8  |
| 3.3   | Anderweitig Zusatzqualifizierte nichtärztliche Praxismitarbeiter.....  | 8  |
| 3.4   | Fachgruppenverteilung .....  | 10 |
| 3.5   | Praxistypen .....  | 10 |
| 3.6   | Stadt-Land-Verteilung .....  | 11 |
| 3.7   | Vergütungsregelungen .....   | 12 |
| 3.7.1 | Fördermaßnahmen .....  | 12 |
| 3.7.2 | Quotierung.....  | 12 |
| 4     | Diskussion und Schlussfolgerung .....                                  | 13 |
| 5     | Literatur.....   | 15 |
| 6     | Tabellenverzeichnis .....  | 16 |
| 7     | Abbildungsverzeichnis.....   | 16 |

## 1 Hintergrund

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen gewinnt vor dem Hintergrund des drohenden bzw. in Teilen bereits bestehenden (Haus-)Ärztlemangels bei gleichzeitig wachsendem Bedarf an ärztlichen und pflegerischen Leistungen zunehmend an Bedeutung.

### *Delegationsmodell in der hausärztlichen Versorgung*

In Deutschland existieren für den hausärztlichen Bereich inzwischen einige Delegationsmodelle (Mergenthal et al. 2018), die sich dadurch auszeichnen, dass besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA) hausärztlich angeordnete, spezifische Leistungen erbringen. Den Anfang bildete dabei 2007 das vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald entwickelte Qualifikationsmodell zur AGnES (Arztentlastende, gemeindenaher, e-health-gestützte, systemische Intervention), in welchem nach dem Vorbild der Gemeindegewerkschaften in der ehemaligen DDR die Übernahme von Hausbesuchen durch fortgebildete nicht-ärztliche Fachkräfte (AGnES) im Fokus standen (van den Berg et al. 2007). Es folgte 2008 das vom Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) und vom Verband Medizinischer Fachberufe entwickelte Konzept der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und das 2009 von den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe initiierte Modell der EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), dessen Konzept im Jahr 2009 von den Partnern des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in die Anlage 8 zum BMV-Ä (Delegationsvereinbarung) übernommen und 2010 von der Bundesärztekammer (BÄK) als Mustercurriculum aufgenommen und zur NÄPA (nichtärztlichen Praxisassistentin) umbenannt wurde (Bundesärztekammer 2017). Auch die AGnES-Fachkraft wurde damit zur NÄPA.

Weitere Modellprojekte, wie HELVER (arztHELferinnen in der ambulante VERsorgung) (Schüler 2013) oder „MoNi“ (MOdellprojekt Niedersachsen; Ärztezeitung 2010) kamen über den Modellcharakter nicht hinaus bzw. wurden in andere Modelle integriert (Mergenthal et al. 2018). Weiterhin existiert in Brandenburg mit dem Konzept der „agneswei“ ein bundeslandspezifisches Konzept, welches ausschließlich in Selektivverträgen abrechenbar ist.

### *Delegierbare Leistungen*

Mit dem im Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt, eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zu schließen (Bundesgesundheitsministerium 2012). Dementsprechend haben die KBV und der GKV-SV in Abstimmung mit der BÄK im Jahr 2013 den BMV-Ä um eine Anlage 24 („Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“; KBV und GKV-SV 2013) erweitert. Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter:innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und führt in einem sich im Anhang befindenden Katalog beispielhaft auf, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliche Mitarbeiter:innen grundsätzlich ärztliche Leistungen erbringen können und welche spezifischen Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Für den hausärztlichen Bereich werden dabei folgende delegierbare Aufgaben aufgeführt (nicht abschließend):

- Datenerfassung und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen und Therapieerfolgen,
- Unterstützung bei der Erstellung von schriftlichen Mitteilungen und Gutachten,
- Anamnesevorbereitung,
- Unterstützung bei Vermittlung und Erläuterung standardisierter Informationsmaterialien,

- Technische Durchführung von Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT),
- Unterstützung bei Früherkennungsleistungen,
- Hausbesuche,
- Injektionen, Infusionen,
- Laborleistungen,
- Unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik/Überwachung,
- Wundversorgung und Verbandwechsel.

Der Arzt bzw. die Ärztin hat dabei sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet sind (Auswahlpflicht). Er bzw. sie hat die Mitarbeitenden zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten (Anleitungspflicht) sowie regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht). Die Qualifikation der Mitarbeitenden ist dabei ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und der Überwachung.

Neben der Anlage 24 zum BMV-Ä hatten die KBV und der GKV-SV in einer anderen Anlage zum BMV-Ä (Anlage 8 „Delegationsvereinbarung“; KBV und GKV-SV 2009) bereits im Jahr 2009 zum Zwecke der Qualitätssicherung und als Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von durch NÄPA erbrachte Hilfeleistungen u.a. festgelegt, welche (weiteren) Aufgaben an NÄPA, also besonders qualifizierte Praxismitarbeiter:innen, delegiert werden können. Dazu gehören:

- standardisierte Dokumentation der Patientenbeobachtung einschließlich standardisierter Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance,
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests (z. B. Durchführung von Uhrentests, von Timed up- and go-Test, Esslinger Sturzrisikoassessment),
- Testverfahren bei Demenzverdacht; Erfassung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (Durchführung von DemTect-Test, Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Syndrom Kurztest (SKT), Mini-Mental-Status-Tests (MMST),
- Patientenschulungen,
- Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung,
- Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG,
- Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung),
- arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.

Nicht delegierbar und daher vom Arzt persönlich zu erbringen sind hingegen weiterhin:

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten, einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Diagnosestellung,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidungen über die Therapie und über die Durchführung invasiver bzw. operativer Eingriffe.

## Vergütung

In den Jahren 2009 bis 2014 konnten die Leistungen von zur AGnES, EVA bzw. NÄPA qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter:innen nur in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen in der Regelversorgung abgerechnet werden. Seit 2015 ist dies bundesweit allen Hausarztpraxen, die innerhalb eines Quartals eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definierte Mindestfallzahl erreichen, möglich. Eine Honorierung der VERAH-Leistungen erfolgte demgegenüber bis Ende 2014 ausschließlich über Selektivverträge. Mit ihrem „Memorandum of Understanding“ (BÄK/IhF 2014) einigten sich die BÄK und der Deutsche Hausärzteverband 2014 darauf, das VERAH- und NÄPA-Konzept unter den im Memorandum definierten Bedingungen (Zusatznachweise) gegenseitig an zu erkennen. Somit besteht seit 2015 grundsätzlich die Möglichkeit, die Vergütung für zur VERAH und/oder zur NÄPA qualifizierte Mitarbeiter:innen sowohl über Selektivverträge als auch über den EBM zu erhalten, sofern die Bedingungen erfüllt sind.

Zur Vergütung in der Regelversorgung wurde im Jahr 2015 ein neuer Unterabschnitt (3.2.1.2) in den EBM eingeführt. Dieser umfasst einerseits Gebührenordnungspositionen (GOPen), über die die Vorhaltung der NÄPA finanziert wird (GOPen 03060 und 03061) und andererseits GOPen, über die die Hausbesuche der NÄPA vergütet werden (03062 bis 03065). Dabei sind die GOPen 03060 und 03061 mit einem Höchstwert von 23.800 Punkten pro Quartal gedeckelt, d.h. eine Praxis, die eine NÄPA beschäftigt, erhält aktuell (2022) maximal rund 2.681 Euro pro Quartal als Strukturförderung. Im Jahr 2016 wurde des Weiteren der Abschnitt 38.3 in den EBM eingeführt, über den auch kleinere Hausarztpraxen sowie die meisten Facharztpraxen (außer Anästhesisten, Phoniater, Fachärzte für Psychotherapie und Psychosomatik und überweisungsgebundene Fachgruppen) die durch NÄPA durchgeführten Besuche höher vergütet bekommen (GOPen 38200 bis 38207). Eine gesonderte Vorhaltepauschale gibt es für diese Praxen allerdings nicht.

Voraussetzung für die Abrechnung aller genannten GOPen ist, dass die Praxis gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nachweist, dass sie eine NÄPA gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt. Die KV erteilt dann auf dieser Grundlage die entsprechende Abrechnungsgenehmigung.

## Fragestellung

Bisher ist nicht bekannt, wie viele NÄPA in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind und wie sich diese über Fachgruppen, Praxis- und Regionstypen verteilen. Da die KVen aufgrund des beschriebenen Genehmigungsverfahrens über die Information verfügen, wie viele NÄPA in wie vielen Praxen tätig sind, wurde eine Abfrage unter den KVen durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden.

## 2 Methodik

Es wurde eine schriftliche Befragung unter den 17 KVen mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen umfasste Fragen

1. zur Anzahl an NÄPA bzw. zur Anzahl an Praxen, die eine NÄPA beschäftigen (Zeitreihe 2015-2021),
2. zu Kenntnis über anderweitig weiterqualifizierte nichtärztliche Praxismitarbeiter (Zeitreihe 2015-2021),
3. zur Verteilung der NÄPA bzw. der Praxen mit NÄPA über die Fachgruppen (aktuellstes Quartal),
4. zur Verteilung der NÄPA bzw. der Praxen mit NÄPA über die Praxistypen (aktuellstes Quartal),
5. zur Verteilung der NÄPA bzw. der Praxen mit NÄPA über den ländlichen / städtischen Raum (aktuellstes Quartal) und

6. zur Vergütung (finanziellen Förderung der Delegation und Höchstwertregelung bei der Abrechnung der GOPen des Kapitels 3 EBM; Zeitreihe 2015-2021).

Der Fragebogen wurde im Mai 2022 per E-Mail an die Vorstände der KVen versendet. Der Rücklauf erfolgte bis Anfang Juli 2022 ebenfalls per E-Mail.

Die Zuordnung der Praxen zum städtischen bzw. ländlichen Raum wurde auf Grundlage der Raumordnungsregionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) getroffen. Dabei wurden die vom BBSR als „städtische Kreise“ oder „kreisfreie Großstädte“ eingeteilten Kreise als „städtischer Raum“ und die vom BBSR als „dünn besiedelte ländliche Kreise“ oder als „ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen“ eingeteilten Kreise als „ländlicher Raum“ definiert.

### 3 Ergebnisse

Von 17 angeschriebenen KVen haben 15 an der Befragung teilgenommen (ohne Berlin und Bremen).

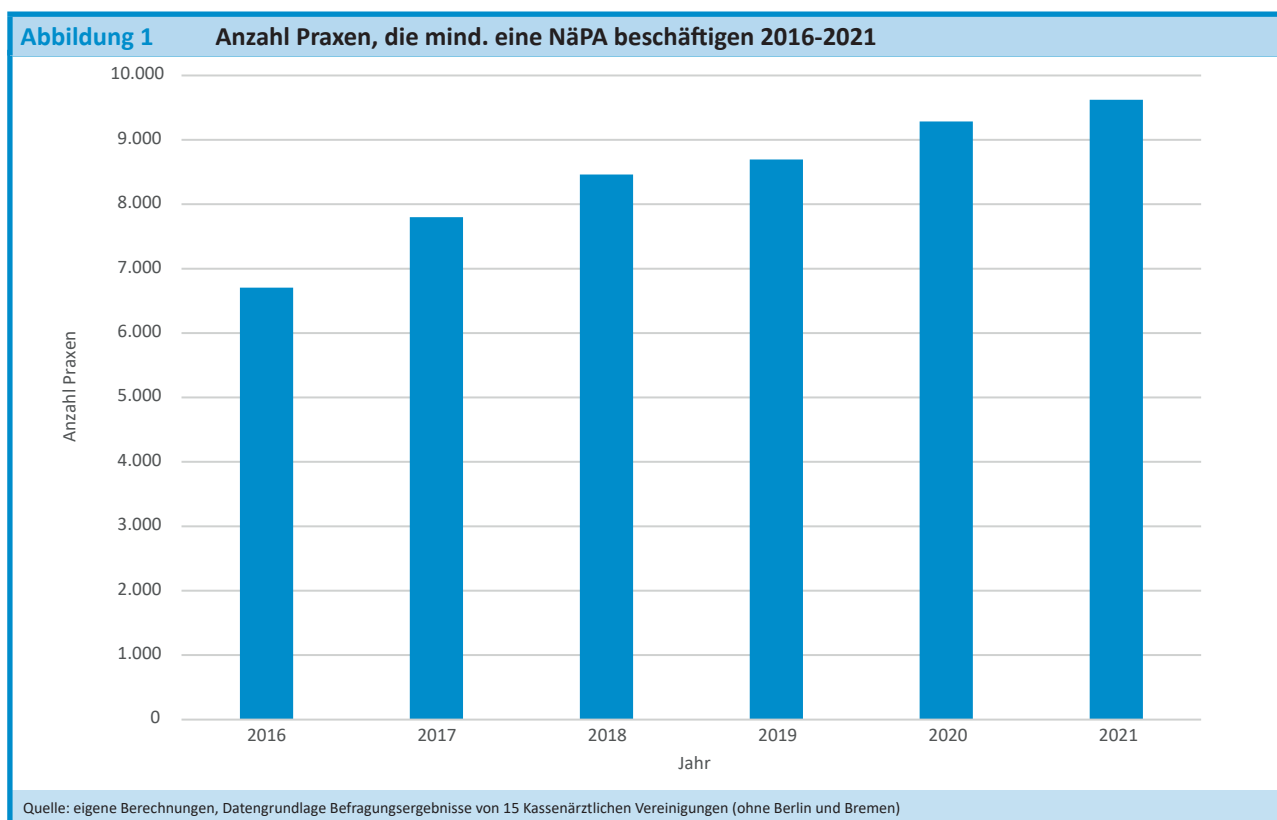
#### 3.1 Anzahl NäPA im Jahr 2021

Insgesamt waren im Jahr 2021 rund 12 Tsd. NäPA in rund 10 Tsd. Vertragsarztpraxen beschäftigt. Die Verteilung der NäPA über die KVen ist **Tabelle 1** zu entnehmen.

Entsprechend der Größe der KVen sind die meisten NäPA in Bayern und Baden-Württemberg beschäftigt und die wenigsten in Hamburg. Leichte regionale Unterschiede gibt es bei der Anzahl an NäPA pro Praxis. Während in Bayern und Hamburg im Jahr 2021 pro Praxis im Durchschnitt rund 2 NäPA tätig waren, waren es in Brandenburg und Rheinland-Pfalz nur 0,91 bzw. 0,99 NäPA pro Praxis, da es in diesen KV-Regionen NäPA gibt, die in mehreren Praxen beschäftigt sind.

| <b>Tabelle 1 Anzahl NäPA und Anzahl NäPA beschäftigender Praxen im Jahr 2021 nach KV</b> |                    |                               |                               |
|--|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>KV</b>  | <b>Anzahl NäPA</b> | <b>Anzahl Praxen mit NäPA</b> | <b>Anzahl NäPA pro Praxis</b> |
| Bayern   | 2.589              | 1.372                         | 1,89                          |
| Baden-Württemberg  | 1.406              | 1.140                         | 1,23                          |
| Niedersachsen  | 1.174              | 1.103                         | 1,06                          |
| Westfalen-Lippe*   | 1.025              | 1.025                         | 1,00                          |
| Nordrhein  | 1.128              | 861                           | 1,31                          |
| Rheinland-Pfalz  | 695                | 703                           | 0,99                          |
| Hessen   | 845                | 703                           | 1,20                          |
| Sachsen-Anhalt   | 809                | 571                           | 1,42                          |
| Sachsen*   | 424                | 424                           | 1,00                          |
| Brandenburg  | 378                | 414                           | 0,91                          |
| Mecklenburg-Vorpommern   | 499                | 404                           | 1,24                          |
| Thüringen  | 476                | 393                           | 1,21                          |
| Schleswig-Holstein   | 273                | 226                           | 1,21                          |
| Saarland   | 192                | 163                           | 1,18                          |
| Hamburg  | 145                | 121                           | 1,89                          |
| Gesamt (ohne Berlin und Bremen)  | 12.058             | 9.623                         | 1,25                          |

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage Befragungsergebnisse von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen (ohne Berlin und Bremen).  
 \*Für Westfalen-Lippe und Sachsen wurden die Anzahl an Praxen als Approximation für die Anzahl an NäPA übernommen, da die Anzahl an NäPA nicht angegeben wurde



### 3.2 Entwicklung der Anzahl an Praxen im Zeitverlauf von 2016 bis 2021

Die Anzahl an Praxen, die mindestens eine NÄPA beschäftigen, ist im Zeitraum von 2016 bis 2021 kontinuierlich angestiegen (**Abbildung 1**). Während im Jahr 2016  $n=6.704$  Praxen eine NÄPA beschäftigten, waren es im Jahr 2021 bereits  $n=9.623$ . Da es sich bei diesen Praxen größtenteils um Hausarztpraxen handelt ( $n=8.864$ ), kann daraus abgeleitet werden, dass durchschnittlich in etwa jeder vierten Hausarztpraxis mindestens eine NÄPA tätig ist (siehe auch 3.4).

### 3.3 Anderweitig Zusatzqualifizierte nichtärztliche Praxismitarbeiter

Neben der Weiterbildung zur NÄPA gibt es für nichtärztliche Praxismitarbeiter:innen weitere Zusatzqualifikationsmöglichkeiten, deren Vergütung aber in Selektivverträgen geregelt ist, an denen die KVen nur teilweise beteiligt sind, bzw. über die diese nur teilweise Kenntnisse haben.

Fünf KVen gaben an, zusätzlich Kenntnis über die Anzahl anderweitig Zusatzqualifizierter nichtärztlicher Praxismitarbeiter:innen zu haben (**Tabelle 2**). Insgesamt waren im Jahr 2021 744 Praxismitarbeiter:innen in diesen KV-Regionen zur VERAH, VERAH Care, NÄPA-Comm4Care, NÄPA-Herz, EVA oder agnes2 ausgebildet. Wie viele dieser Mitarbeiter:innen zusätzlich eine NÄPA-Qualifikation besitzen (im Jahr 2021 waren in diesen KV-Bezirken insgesamt 3.007 NÄPA tätig), kann nur für die KV Brandenburg beantwortet werden. Hier waren

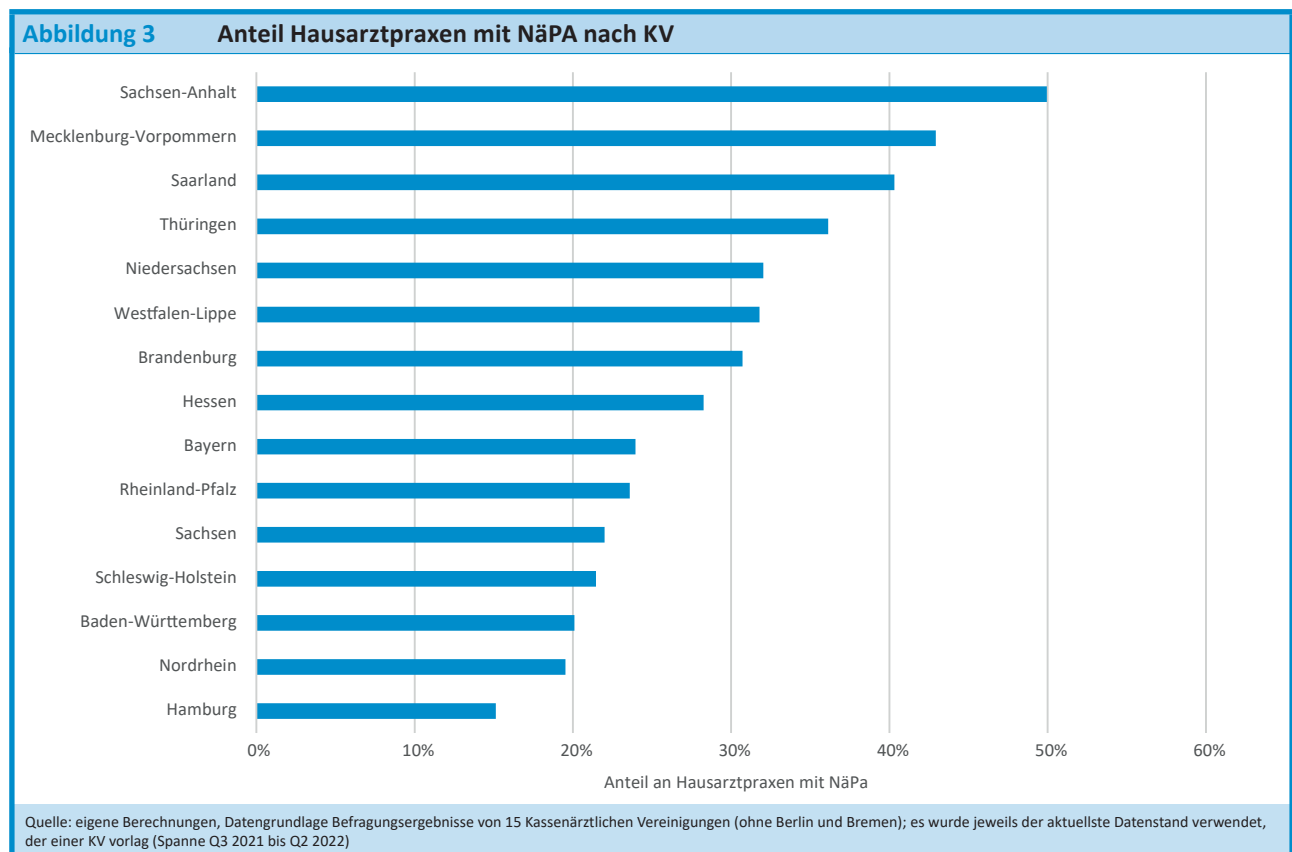
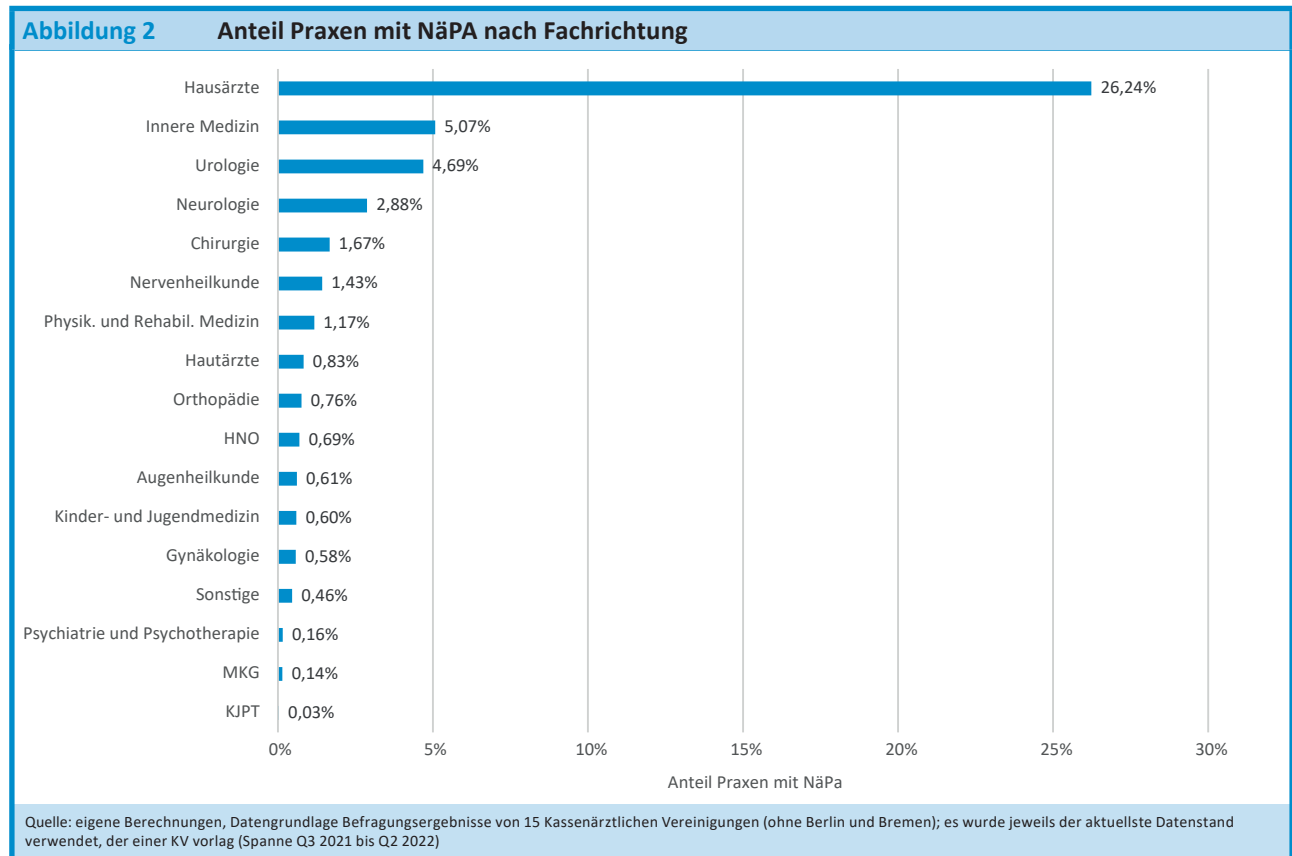
**Tabelle 2** Andere Zusatzqualifikationen nichtärztlicher Praxismitarbeiter:innen im Jahr 2021

| KV                     | Bezeichnung der Zusatzqualifikation |
|------------------------|-------------------------------------|
| Thüringen              | VERAH                               |
| Sachsen-Anhalt         | NÄPA-Comm4Care, NÄPA-Herz           |
| Mecklenburg-Vorpommern | VERAH Care                          |
| Hessen                 | EVA                                 |
| Brandenburg            | agnes2                              |

Quelle: eigene Darstellung, Datengrundlage Befragungsergebnisse von 15 Kassenärztlichen Vereinigungen (ohne Berlin und Bremen)



im Jahr 2021 2/3 der insgesamt 109 zur agnes2 weiterqualifizierten Mitarbeiter:innen auch zur NÄPA qualifiziert, d.h. zu den insgesamt 378 zur NÄPA qualifizierten Praxismitarbeiter:innen kommen noch 36 ausschließlich zur agnes2 qualifizierte Fachkräfte hinzu.

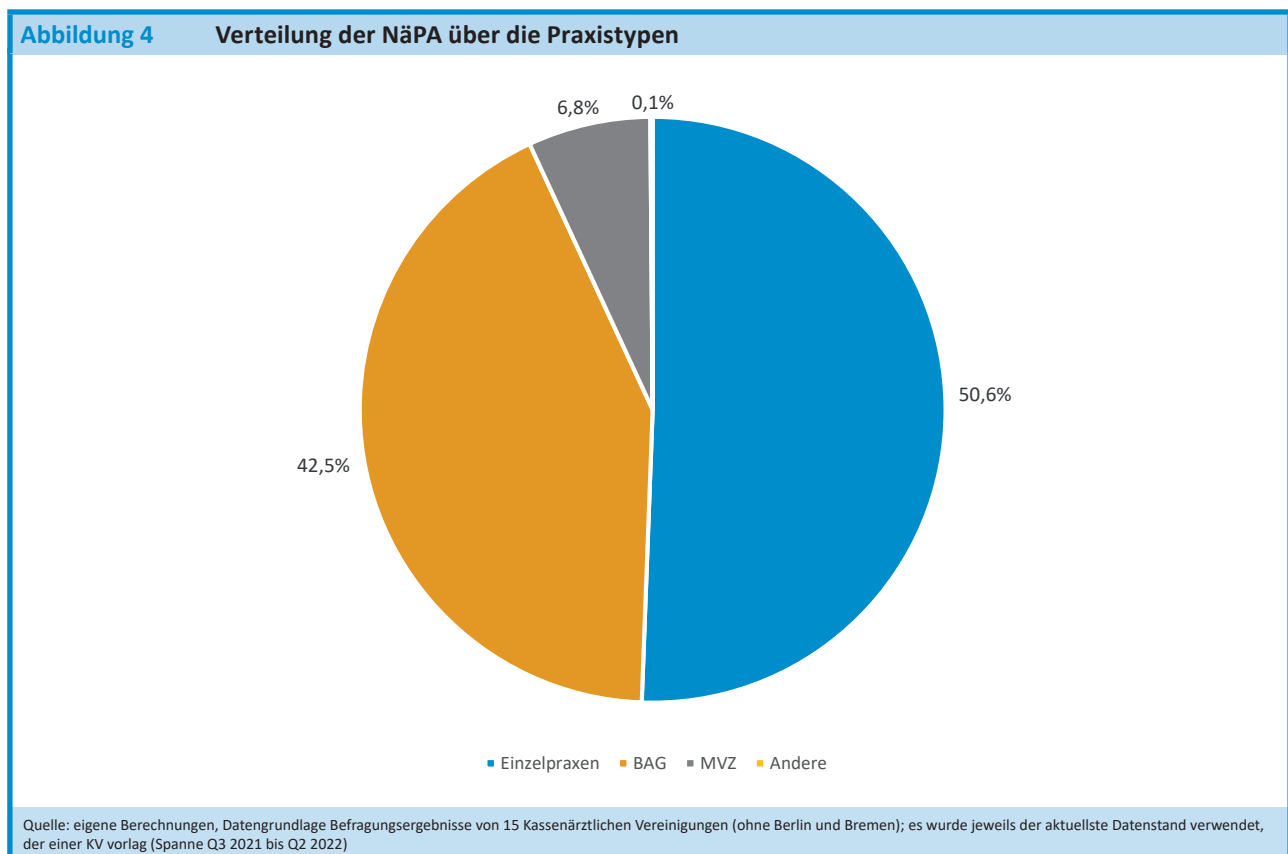


### 3.4 Fachgruppenverteilung

Wie **Abbildung 2** zu entnehmen ist, sind die Hausärzte erwartungsgemäß die Fachgruppe mit dem höchsten Anteil an Praxen, in denen eine NäPA tätig ist (26,2%). Dieser Anteil variiert regional deutlich zwischen 15% in Hamburg und 50% in Sachsen-Anhalt (**Abbildung 3**). Neben den Hausärzten beschäftigen v.a. die Internisten (Mittelwert: 5,1%; KV-Ränge: 0 bis 40%), die Urologen (Mittelwert: 4,7%; KV-Ränge: 0 bis 20%), die Neurologen (Mittelwert: 2,9%; KV-Ränge: 0 bis 22%), die Chirurgen (Mittelwert: 1,7%; KV-Ränge: 0 bis 12%) und die Nervenärzte (Mittelwert: 1,4%; KV-Ränge: 0 bis 12%) mindestens eine NäPA in ihrer Praxis (**Abbildung 2**).

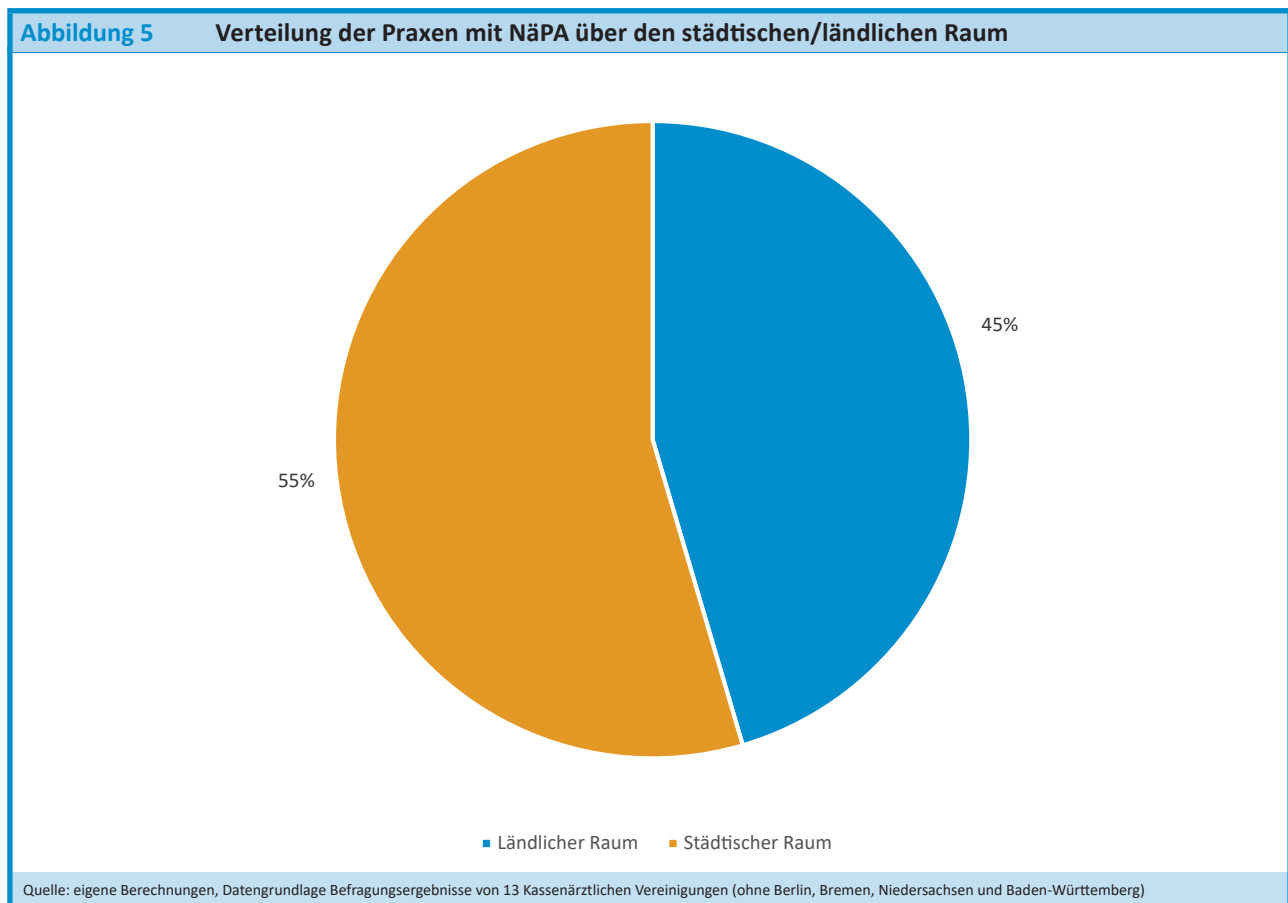
### 3.5 Praxistypen

Betrachtet man die Verteilung der NäPA über die unterschiedlichen Praxistypen (**Abbildung 4**), so ist zu erkennen, dass die meisten NäPA in Einzelpraxen (50,6%) und in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG; 42,5%) tätig sind. Den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder anderen Organisationsformen wie Polikliniken oder Eigeneinrichtungen kommt mit einem Anteil von 6,8% bzw. 0,1% hingegen eine eher geringe Bedeutung zu. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei 78,7% der Praxen in der Grundgesamtheit der betrachteten KVen um Einzelpraxen, bei 17,9% um BAGen, bei 3,4% um MVZ und bei 0,1% um sonstige Einrichtungen handelt. Insofern ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine NäPA in einer Einzelpraxis tätig ist, deutlich höher als dies für andere Organisationsformen der Fall ist. Da aus den abgefragten Daten nicht erkennbar ist, wie viele der Praxen der Grundgesamtheit eines Praxistyps zu den Fachrichtungen gehören, die gemäß den EBM-Bestimmungen NäPA-Leistungen abrechnen dürfen, lässt sich leider der Anteil an „NäPA-Praxen“ pro Praxistyp nicht fehlerfrei bestimmen. Unter Verwendung der „unbereinigten“ Grundgesamtheit, also aller Praxen, ergibt sich für die Einzelpraxen ein Anteil an „NäPA-Praxen“ von 6,8%, für die BAGen ein Anteil von 18,8%, für MVZ ein Anteil von 15,5% und für Polikliniken und Eigeneinrichtungen (n=54, nur in Sachsen und Sachsen-Anhalt) ein Anteil von 22%. Auch wenn diese Vorgehensweise die Anteile in den berechtigten Fachgruppen unterschätzt, ist doch zu vermuten, dass Praxen, die bereits in Kooperationsstrukturen arbeiten (und auch entsprechend größer sind), eher eine NäPA einstellen, als dies bei Einzelpraxen der Fall ist.



### 3.6 Stadt-Land-Verteilung

Die Frage zur Stadt-Land-Verteilung der NäPA wurde nur von 13 KVen beantwortet. Neben den Rückmeldungen aus Berlin und Bremen fehlen auch die Angaben der KVen Niedersachsen und Baden-Württemberg. Auf Basis der Rückmeldungen der übrigen KVen ist zu erkennen, dass etwas mehr als die Hälfte der NäPA (55%) in städtischen Praxen tätig ist (Abbildung 5). Wie bei der Verteilung über die Organisationsformen stellt sich auch bei der regionalen Zuordnung das Problem, dass die Verteilung der Praxen innerhalb der Grundgesamtheit zugunsten der Praxen im städtischen Raum ausfällt (70%), sodass die Wahrscheinlichkeit, dass eine NäPA in einer städtischen Praxis beschäftigt ist, entsprechend höher ist als dies für eine Praxis im ländlichen Raum der Fall ist. Da aus den abgefragten Daten nicht erkennbar ist, wie viele der städtischen und ländlichen Praxen der Grundgesamtheit zu den Fachrichtungen gehören, die gemäß den EBM-Bestimmungen NäPA-Leistungen abrechnen dürfen, lässt sich auch der Anteil an „NäPA-Praxen“ pro Regionstyp nicht fehlerfrei bestimmen. Betrachtet man die „unbereinigte“ Grundgesamtheit, also alle Praxen in städtischen und ländlichen Regionen, ergibt sich für die städtischen Praxen ein Anteil von 7% und für die ländlichen Praxen ein Anteil von 14%. Diese Betrachtungsweise unterschätzt die tatsächlichen Anteile der Praxen mit NäPAs innerhalb der berechtigten Fachgruppen. Sie gibt dennoch einen Hinweis darauf, dass Praxen in ländlichen Regionen eher eine NäPA beschäftigen als dies Praxen in städtischen Regionen tun.



## 3.7 Vergütungsregelungen

### 3.7.1 Fördermaßnahmen

Sieben KVen gaben an, die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter:innen durch Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen zusätzlich fördern zu können. Dabei kommen zwei verschiedene Ansätze zur Anwendung:

1. Punktwertzuschläge auf GOPen des Abschnitts 3.2.1.2 des EBM (2 KVen)

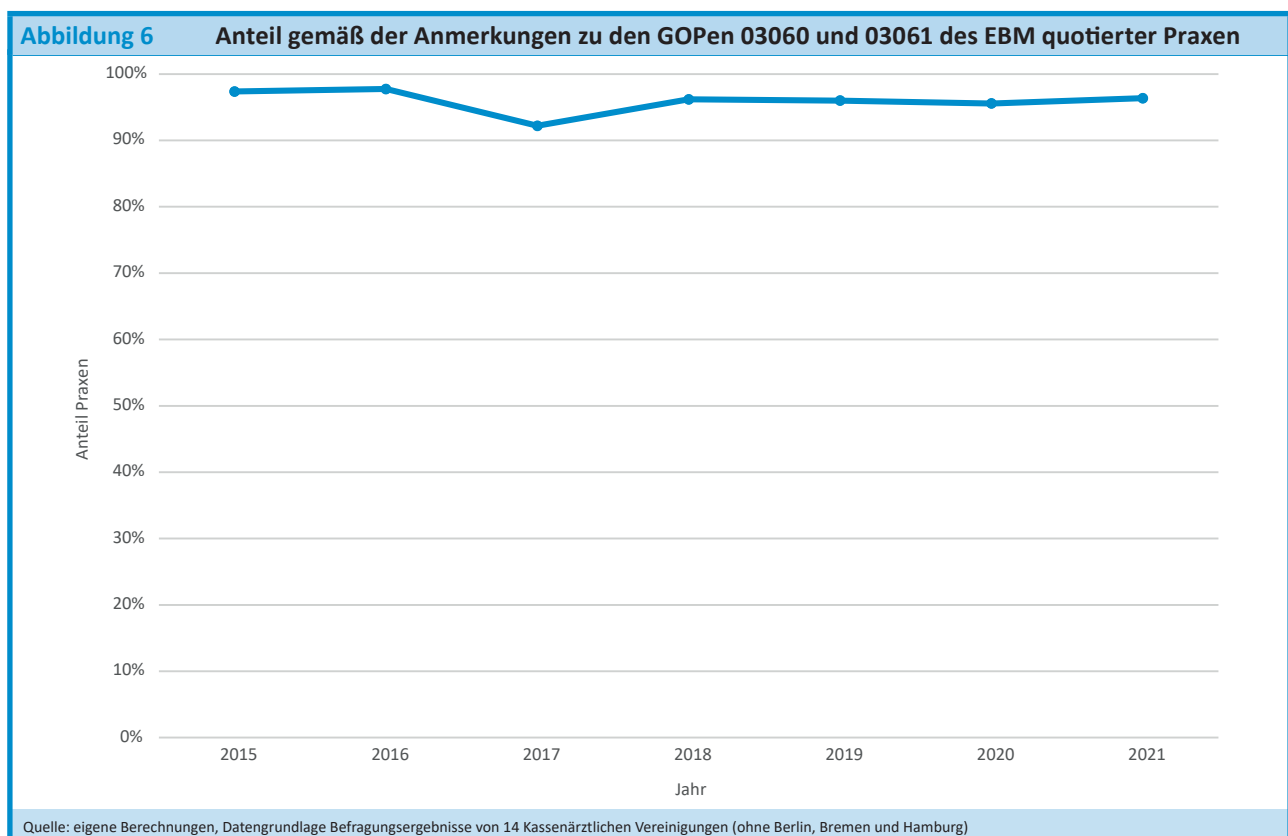
oder

2. Vereinbarung zusätzlicher Leistungen: z.B. Besuche, Fall- und Schnittstellenmanagement, Versorgung in der Häuslichkeit (teilweise unter Hinzuschaltung des Arztes über eine Videosprechstunde („Tele-Arzt“), Wundversorgung (5 KVen)

### 3.7.2 Quotierung

Gemäß den Regelungen im EBM sind die GOPen 03060 und 03061 (Pauschalen zur Vorhaltung der NäPA) mit einem Abrechnungshöchstwert pro Quartal versehen, d.h. ab dem Erreichen einer bestimmten Anzahl an Fällen erhält eine Arztpraxis keine weitere Vergütung für diese GOPen bzw. werden diese beiden GOPen nicht mehr von den KVen zugerechnet (Quotierung).

Auf die Frage, welcher Anteil der Praxen mit NäPA im Zeitraum von 2015 bis 2021 in mindestens einem Quartal eines Jahres quotiert wurde, antworteten insgesamt 14 KVen (ohne Berlin, Bremen und Hamburg). Aus **Abbildung 6** ist zu erkennen, dass der Anteil an quotierten Praxen in fast allen Jahren zwischen 96% und 98% lag. Eine Ausnahme davon stellt das Jahr 2017 dar (92%).



## 4 Diskussion und Schlussfolgerung

Nichtärztliche medizinische Berufsbilder haben in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. So sind in der vertragsärztlichen Versorgung die Aufgaben- und Kompetenzbereiche der MFA durch die Einführung der VERAH und EVA bzw. NäPA deutlich gestärkt worden. Das Ausmaß, in welchem ärztliche Aufgaben delegiert werden können, ist dabei vom Grad der Qualifizierung der nichtärztlichen Fachkraft abhängig (siehe Anlage 8 und 24 zum BMV-Ä): je qualifizierter, desto größer ist der mögliche Delegationsrahmen. Von daher ist die Zusatzqualifikation nichtärztlicher Praxismitarbeiter:innen ein sehr relevantes Thema für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Die vorliegende Befragung unter den KVen bestätigt diese Relevanz. So waren im Jahr 2021 mehr als 12 Tsd. zur NäPA qualifizierte Praxismitarbeiter:innen in der vertragsärztlichen Versorgung tätig, etwas mehr als die Hälfte von ihnen im städtischen Bereich. Die Anzahl an Praxen, in denen eine NäPA tätig ist, hat seit 2016 deutlich zugenommen. Während im Jahr 2016 n=6.704 Praxen eine NäPA beschäftigten, waren es im Jahr 2021 bereits n=9.623. Bei den meisten Praxen handelt es sich dabei um Hausarztpraxen, wobei je nach KV-Region bis zu 50% der Hausarztpraxen mindestens eine NäPA beschäftigen. Aber auch bei den Fachärzten gewinnt das NäPA-Konzept an Bedeutung. So werden NäPA je nach KV-Region in bis zu 40% der internistischen Praxen und in bis zu 20% der urologischen Praxen eingesetzt. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Fachärzte - anders als die Hausärzte - , die Vorhaltung einer NäPA nicht über den EBM im Sinne einer Strukturpauschale vergütet bekommen, sodass die Fachärzte über diesen Weg keine Refinanzierung der durch die Zusatzqualifikation notwendig werdenden Lohnanpassungen erhalten. Aber auch Hausärzte erhalten die volle Höhe der Vorhaltekosten (aktuell 2.681 Euro pro Quartal) aufgrund der Regelungen im EBM nur bei einer Versorgung von mindestens 700 Behandlungsfällen pro Quartal. Die KV-Abfrage zeigt in diesem Zusammenhang, dass fast alle Hausarztpraxen, die eine NäPA beschäftigen, diese Fallzahl erreichen bzw. sogar überschreiten und somit quotiert werden. Damit erhalten zwar die meisten Hausarztpraxen die im EBM vorgesehenen Vorhaltekosten für die Beschäftigung einer NäPA (zumindest, solange sie ihr Budget nicht überschreiten, da die Vergütung dieser GOPen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt), eine finanzielle Unterstützung bei der Beschäftigung weiterer NäPA ist hingegen im EBM nicht vorgesehen. Hier wäre mit Blick auf neue Versorgungsmodelle in Regionen mit einer ärztlichen Unterversorgung zeitnah über eine Erweiterung des Vergütungsrahmens im EBM nicht nur für Haus-, sondern auch für Fachärzte nachzudenken.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen, MFAs und andere nichtärztliche medizinische Fachberufe im Rahmen von Bachelor- und Masterstudiengängen noch weitergehend zum „Physician Assistant“ (PA) zu qualifizieren (BÄK und KBV 2017), stellt sich allerdings die Frage, ob die im hausärztlichen Bereich über den EBM vergüteten Vorhaltekosten ausreichend sind bzw., wie die Vergütung der für höher qualifizierte Mitarbeitende entsprechend höheren Löhne überhaupt refinanziert werden soll, da die Vergütung über den EBM an die Anlage 8 zum BMV-Ä und damit an das NäPA-Curriculum gebunden ist. Selektivverträge, wie sie aktuell in manchen Regionen bereits zur Förderung von Delegationsleistungen vereinbart sind, wären eine Möglichkeit, die aber Teile der Versicherten ausschließt und nicht immer ausreichend Planungssicherheit für Praxen schafft. Daher wird auch der EBM diesbezüglich baldmöglichst angepasst werden müssen, um die nun zunehmend auf den Arbeitsmarkt kommenden Absolvent:innen aufnehmen zu können und eine Entwicklungsperspektive zu schaffen. Darüber hinaus gilt es zu klären, wie der Delegationsrahmen der PA im Vergleich zu dem der NäPA sinnvoll und rechtssicher erweitert werden kann und ob bzw. inwieweit sich das Aufgabenspektrum der PA von dem der Pflegekräfte unterscheidet, die gemäß § 64d SGB V in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten übertragen bekommen und diese in einem definierten Rahmen selbständig ausüben. Auch hier gibt der Rahmenvertrag gemäß § 64d Abs. 1 SGB V den Arztpraxen die Möglichkeit, eine Pflegefachperson mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz im Rahmen der Modellversuche anzu-

stellen und diese somit in die Praxisarbeit zu integrieren. Die drei Koalitionsparteien SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben zudem im Koalitionsvertrag angekündigt, für die Jahre 2021 bis 2025 zusätzlich das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“ (CHN) zu implementieren und das Angebot von Gesundheitskiosken zu schaffen. Noch müssen allerdings viele wichtige Fragen im Hinblick auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Umsetzung und die Finanzierung dieser neuen Strukturen geklärt werden. Insbesondere muss für die CHN sowie Gesundheitskioske diskutiert und entschieden werden, wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen bereits bestehenden nichtärztlichen Gesundheitsberufen, der Ärzteschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgestaltet sein muss, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. Bei allen Formen der Kooperation zwischen ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Fachgruppen muss weiterhin beachtet werden, dass die Verantwortlichkeit für die Diagnose und die Indikationsstellung beim behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin liegt.

## 5 Literatur

- Ärztezeitung (2010) In Niedersachsen geht das Projekt MoNi an den Start. [HTTPS://WWW.AERZTEZEITUNG.DE/POLITIK/IN-NIEDERSACHSEN-GEHT-DAS-PROJEKT-MONI-AN-DEN-START-218512.HTML](https://www.aerztezeitung.de/politik/in-niedersachsen-geht-das-projekt-moni-an-den-start-218512.html) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Berg N van den, Meinke C, Heymann R, Dreier A, Terschüren C, Hoffmann W (2007) Community Medicine Nurses-Arztunterstützung in ländlichen Regionen. *Pflege & Gesellschaft* 12(2):118–134
- Bundesärztekammer (2017) Fortbildungscurriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“. 2. Auflage 2017. [HTTPS://WWW.BUNDESAERZTEKAMMER.DE/FILEADMIN/USER\\_UPLOAD/\\_OLD-FILES/DOWNLOADS/PDF-ORDNER/MFA/CURRPRAXISASSISTENTIN.PDF](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-ordner/mfa/currpraxisassistentin.pdf) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Bundesärztekammer u. Hausärzterverband/ Deutschen Hausärzterverband/Institut für hausärztliche Fortbildung. Memorandum of Understanding. Köln/Berlin, 2014. [HTTPS://WWW.BUNDESAERZTEKAMMER.DE/FILEADMIN/USER\\_UPLOAD/\\_OLD-FILES/DOWNLOADS/MOU\\_VERAH\\_BAEK\\_IHF\\_FINAL\\_17.01.20141.PDF](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/mou_verah_baek_ihf_final_17.01.20141.pdf) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Physician Assistant –Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. [HTTPS://WWW.BUNDESAERZTEKAMMER.DE/FILEADMIN/USER\\_UPLOAD/\\_OLD-FILES/DOWNLOADS/PDF-ORDNER/FACHBERUFE/PHYSICIAN\\_ASSISTANT.PDF](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-ordner/fachberufe/physician_assistant.pdf) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Bundesgesundheitsministerium (2012) Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011, Teil I Nr.70 [HTTPS://WWW.BGBL.DE/XAVER/BGBL/START.XAV?STARTBK=BUNDESANZEIGER\\_BGGL&BK=BUNDESANZEIGER\\_BGGL&START=//\\*/%5B@ATTR\\_ID=%27BGBL111S2983.PDF%27%5D#\\_\\_BGBL\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40ATTR\\_ID%3D%27BGBL111S2983.PDF%27%5D\\_\\_1663316291474](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=bundesanzeiger_bgbl&bk=bundesanzeiger_bgbl&start=//*/%5B@ATTR_ID=%27BGBL111S2983.PDF%27%5D#__BGBL__%2F%2F*%5B%40ATTR_ID%3D%27BGBL111S2983.PDF%27%5D__1663316291474) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2013) Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. [HTTPS://WWW.KBV.DE/MEDIA/SP/24\\_DELEGATION.PDF](https://www.kbv.de/media/sp/24_delegation.pdf) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2009) Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). [HTTPS://WWW.KBV.DE/MEDIA/SP/08\\_DELEGATION.PDF](https://www.kbv.de/media/sp/08_delegation.pdf) [Letzter Zugriff: 16.09.2022]
- Mergenthal K, Gütlin C. Umsetzung von Delegationskonzepten – So klappt es in der Hausarztpraxis. In: Pfannstiel MA, Focke A, Mehlich H (Hrsg.). *Management von Gesundheitsregionen IV*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2018: 89–100
- Schüler G (2013) Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen (Projekt im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer). *Gesundheitswesen* 75(8–9):503–509

## 6 Tabellenverzeichnis

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| Tabelle 1 | Anzahl NäPA und Anzahl NäPA beschäftigender Praxen im Jahr 2021 nach KV .....           | 7 |
| Tabelle 2 | Andere Zusatzqualifikationen nichtärztlicher Praxismitarbeiter:innen im Jahr 2021 ..... | 8 |

## 7 Abbildungsverzeichnis

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Abbildung 1 | Anzahl Praxen, die mind. eine NäPA beschäftigen 2016-2021.....                            | 8  |
| Abbildung 2 | Anteil Praxen mit NäPA nach Fachrichtung.....   | 9  |
| Abbildung 3 | Anteil Hausarztpraxen mit NäPA nach KV .....  | 9  |
| Abbildung 4 | Verteilung der NäPA über die Praxistypen .....  | 10 |
| Abbildung 5 | Verteilung der Praxen mit NäPA über den städtischen/ländlichen Raum.....                  | 11 |
| Abbildung 6 | Anteil gemäß der Anmerkungen zu den GOPen 03060 und 03061 des EBM quotierter Praxen ..... | 12 |