



RHÖN STIFTUNG

Studie | Oktober 2025

GEMEINSAM FÜR DIE VERSORGUNG: GENOSSENSCHAFTEN ALS LÖSUNG?





.....

Wir verwenden in dieser Studie die grammatikalische Form
des generischen bzw. inklusiven Maskulinums, das alle
Geschlechter, weiblich, männlich und andere, umfasst.

.....

INHALT

1.	Ausgangssituation und Problemstellung	4
2.	Das Genossenschaftsmodell als Lösungsansatz	6
	Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten des Genossenschaftsmodells	6
	Ärztliche Genossenschaften in der ambulanten Regelversorgung	6
	Genossenschaften als innovatives Konzept	8
3.	Voraussetzungen für den Erfolg der Genossenschaft	9
	Anreize für die richtigen Personen	9
	Rahmenbedingungen, die Innovation fördern	10
4.	Innovative Lösungsansätze durch die Genossenschaft	13
4.1	Innovative Behandlungskonzepte	13
4.2	Erschließung neuer Finanzierungsquellen	19
4.3	Innovative Abrechnungskonzepte durch eine alternative Vergütungsverteilung	21
5.	Fazit	24
	Potentiale des Genossenschaftsmodells zur Neustrukturierung der ambulanten Versorgung	24
	Herausforderungen des Genossenschaftsmodells zur Neustrukturierung der ambulanten Versorgung	24
	Wie man durch innovative Ansätze die Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen kann	25
6.	Exkurs: Handlungsoptionen im akuten Katastrophenfall	26
	Kommentierung zu den verschiedenen Szenarien und deren Bedeutung	26
	Drohender Notstand in der vertragsärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen und der Begriff der „Katastrophe“	27

1. AUSGANGSSITUATION UND PROBLEMSTELLUNG

Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Viele Regionen Deutschlands haben mit einer stetig schlechter werdenden vertragsärztlichen Versorgung zu kämpfen. Perspektivisch ist davon auszugehen, dass sich die Lage in den folgenden Jahren noch erheblich verschärfen wird. Wenn in einem Fachbereich der Versorgungsgrad zu niedrig wird, ist es praktisch unmöglich für die noch verbleibenden Ärzte, die fehlende Versorgung unter den existierenden Rahmenbedingungen aufzufangen. Früher oder später werden Regionen an einen Punkt kommen, an dem sie gezwungen sind, sich neuen Möglichkeiten der Versorgung gegenüber zu öffnen – es gibt schlicht nicht genügend Fachkräfte, um die Lücke mit neuen Köpfen zu schließen.

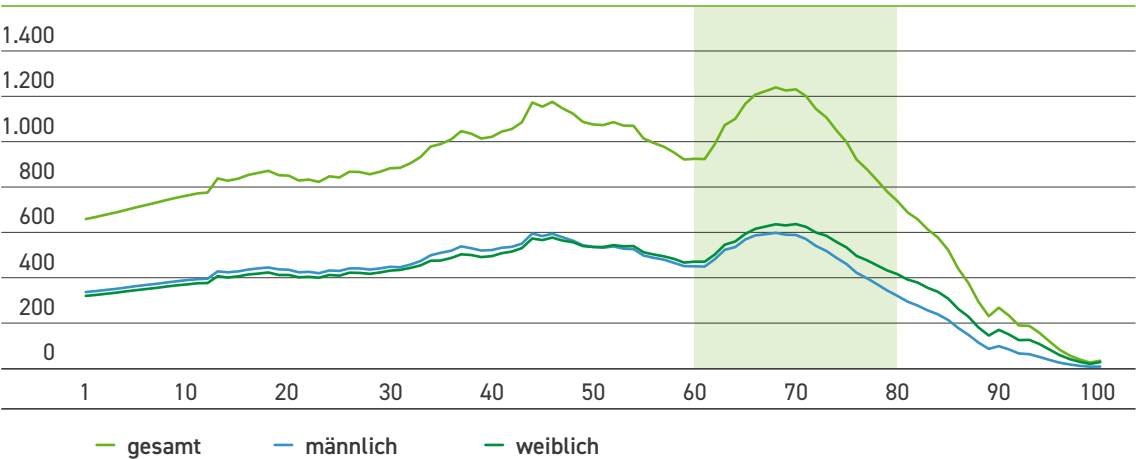
Nur durch gezielte Nutzung verschiedener Ansätze kann es gelingen, die Versorgungslücke spürbar zu schmälern:

- ▶ Zur Erschließung **neuer Handlungsräume** muss das enge Korsett des Kollektivvertrags überwunden werden.
- ▶ Es gilt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die für **besonders motivierte** Ärztinnen und Ärzte attraktiv sind (die „richtigen“ Köpfe müssen gewonnen werden).
- ▶ Es müssen **Anreizsysteme** geschaffen werden, die herausragende Leistung entsprechend belohnen.
- ▶ Der konsequente **Einsatz digitaler und KI-gestützter Technologien** ist eine weitere Grundbedingung.
- ▶ Eine innovative Form von **ärztlicher Genossenschaft** erlaubt es, die Erwartungen junger Generationen von Medizinerinnen und Mediziner zu adressieren und zugleich die positiven Anreize einer selbstständigen Tätigkeit zu bewahren.

Die Baby-Boomer-Welle beeinflusst das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren massiv

Der Behandlungsbedarf steigt durch den demographischen Wandel, denn ältere Menschen werden tendenziell öfter, länger und schwerer krank. Gleichzeitig wird sich der Fachkräftemangel weiter verschärfen, wenn die Generation der Baby-Boomer in den nächsten 10–15 Jahren in Rente geht. Dieser Mangel an Fachkräften wird sich nicht alleine durch nachkommendes Personal jüngerer Generationen lösen lassen.

Bevölkerungsstruktur nach Alter in Deutschland im Jahr 2034 (Vorausberechnung mit Datenbasis 2024)



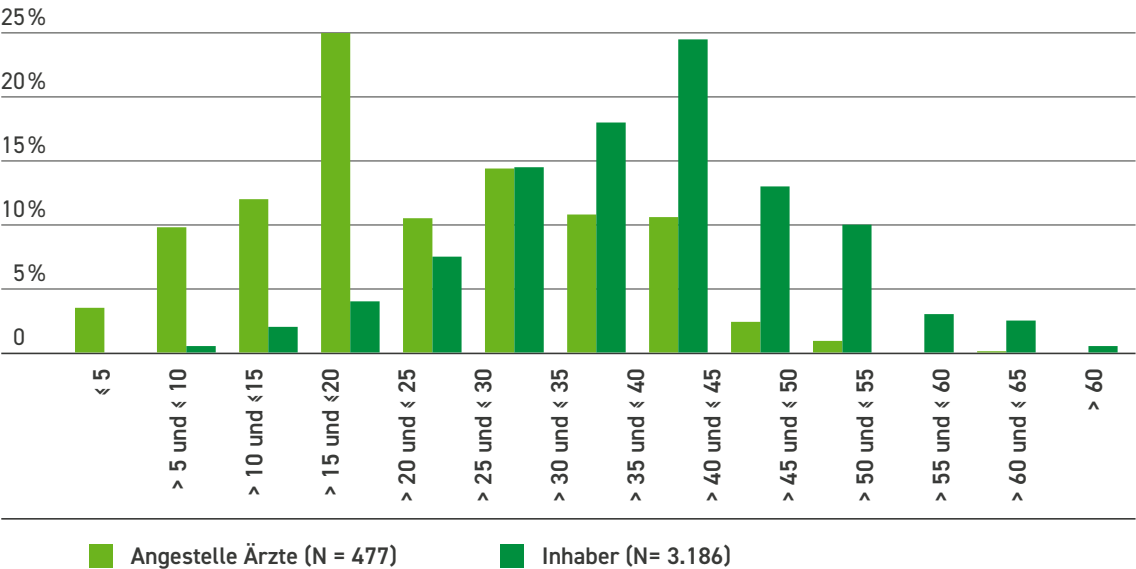
Quelle: DESTATIS; Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Oberender AG.

Bei der pro Kopf bereitgestellten Wochenarbeitszeit unterscheiden sich die Ergebnisse erheblich nach Beschäftigungsverhältnis

Viele Medizinstudenten heutzutage bevorzugen eine Tätigkeit als angestellter Arzt. Gleichzeitig arbeiten angestellte Ärzte im Stundenvergleich deutlich weniger als selbstständige Ärzte: Etwa die Hälfte der angestellten Ärzte arbeitete 2023 weniger als 25 Stunden und rund ein Viertel weniger als 15 Stunden pro Woche.

- **Es werden mehr Köpfe benötigt, um dieselbe Leistung zu erbringen.**
- **Bei konstanten Zulassungszahlen können weniger Patienten behandelt werden.**

Verteilung der Wochenarbeitsstunden der Inhaber und angestellten Ärzte für die Patientenversorgung [2022]



Quelle: Schätzwerte auf der Grundlage vom Zi-Praxis-Panel-Jahresbericht 2023. Eigene Darstellung, Oberender AG.

2.

DAS GENOSSENSCHAFTSMODELL ALS LÖSUNGSANSATZ

GRUNDLAGEN UND ANWENDUNGSMÖGLICHKEITEN DES GENOSSENSCHAFTSMODELLS

Ein Modell mit verschiedenen Varianten

Wenn man von ärztlichen Genossenschaften spricht, können unter diesem Oberbegriff verschiedene Ausprägungen gemeint sein. Der Begriff der Genossenschaft ist zunächst recht locker gefasst und bezeichnet lediglich einen Verband von Personen zum Zwecke der Erwerbstätigkeit. Ärztliche Genossenschaften existieren auch heute bereits, im Sinne von freiwilligen Zusammenschlüssen niedergelassener Ärzte, die sich gemeinsam unternehmerisch betätigen. Da eine eingetragene Genossenschaft eine der wenigen Gesellschaftsformen darstellt, welche ein MVZ betreiben kann, gibt es auch Situationen, in denen ärztliche Genossenschaften MVZs betreiben.

Unterschiedliche Motivationen für Genossenschaften

Abhängig davon, was das Ziel einer Genossenschaft ist, unterscheiden sich auch die dahinterstehenden Motivationen:

- ▶ Im Rahmen einer ärztlichen Genossenschaft zum Betrieb eines MVZs liegt die Motivation oft in den Vorteilen einer Genossenschaft als Gesellschaftsform begründet.
- ▶ Auch kann durch die Rechtsform der Genossenschaft der Einfluss von Investoren begrenzt werden, Kommunen können sich durch die Haftungsbeschränkung relativ einfach beteiligen, und sich darüber z. B. auch gemeinschaftlich mit Vertragsärzten an der Gründung eines MVZ beteiligen.
- ▶ Bei konzeptionelleren Ansätzen geht es beim Genossenschaftsmodell jedoch eher darum, den unternehmerischen Charakter der Vertragsärzte zu stärken und mit der Übertragung der Versorgung an eine ärztliche Genossenschaft innovative Versorgungskonzepte zu fördern und unternehmerische Anreize zu setzen.

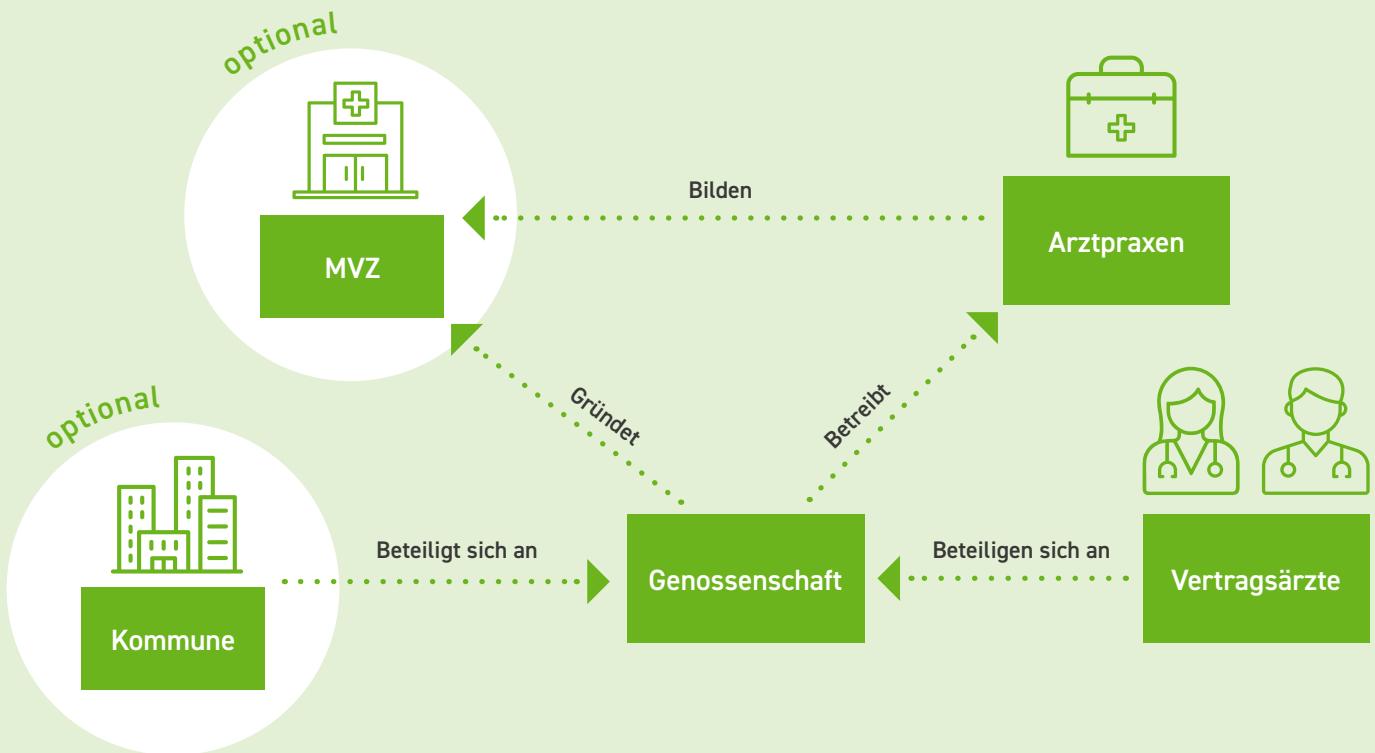
ÄRZTLICHE GENOSSENSCHAFTEN IN DER AMBULANTEN REGELVERSORGUNG

Genossenschaft als Option

Eine eingetragene Genossenschaft ist eine der wenigen Rechtsformen, welche ein MVZ gründen dürfen und bietet diverse Vorteile:

- ▶ Die Mitglieder einer Genossenschaft haben ein beschränktes Haftungsrisiko.
 - ▶ Damit ist auch die Beteiligung einer Kommune problemlos möglich.
 - ▶ Es gibt keine Nachschusspflichten.
- ▶ Modell lässt Gemeinnützigkeit zu – keine Ertragssteuern.
- ▶ Die Aufnahme und das Ausscheiden von Mitgliedern ist unkompliziert.
- ▶ Uninteressant für Großinvestoren:
 - ▶ Stimmgewichte in der Generalversammlung orientieren sich nicht am eingebrachten Kapital.
 - ▶ Erträge verbleiben in der Genossenschaft und werden nicht ausgeschüttet.

Genossenschaften im Kollektivvertrag sind wenig innovativ; Kommunen können sich beteiligen und gemeinsam mit Vertragsärzten ein MVZ gründen



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

PRO UND CONTRA VON GENOSSENSCHAFTLICHEN MVZS

Vorteile

- ▶ Genossenschaftliche MVZs können verschiedene Wünsche von Vertragsärzten kombinieren: Man kann dort als angestellter Arzt arbeiten und hat gleichzeitig durch den genossenschaftlichen Charakter auch einen gewissen Einfluss auf die unternehmerischen Entscheidungen, ohne das Risiko, alleine für ein eigenes Unternehmen verantwortlich zu sein.
- ▶ Gleichzeitig bieten sie auch für interessierte Kommunen eine Möglichkeit, sich zu beteiligen, ohne ein zu großes Risiko durch die Beteiligung einzugehen.

Limitationen

- ▶ Viele Ärzte haben zwar den Wunsch, als angestellte Ärzte zu arbeiten, doch wie bereits gezeigt wurde, ist eine solche Tätigkeit oft auch mit einer geringeren (effektiven) Wochenarbeitszeit verbunden; sie würde den Ärztemangel in ländlichen Regionen eventuell sogar noch verstärken. Wird die Genossenschaft also lediglich als Vehikel zur Gründung eines MVZ genutzt, in welchem primär angestellte Ärzte tätig sind, bleibt ein erheblicher Teil des Potentials ungenutzt.
- ▶ Ein genossenschaftliches MVZ ist weiterhin den Regularien des Kollektivvertrags unterworfen, man kann also keine wirklich innovativen Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung etablieren, da die Grenzen des Systems unverändert bleiben.

GENOSSENSCHAFTEN ALS INNOVATIVES KONZEPT

Zielsetzung und Voraussetzungen für eine innovative Form von Genossenschaft

Das hier angesprochene Genossenschaftsmodell unterscheidet sich bei seiner Zielsetzung ganz grundsätzlich von anderen Genossenschaftsmodellen, wie sie in der Praxis mancherorts bereits Anwendung finden. Primäres Ziel ist hier die Nutzung innovativer Ansätze zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Viele andere Modelle von ärztlichen Genossenschaften sehen die Genossenschaft als Möglichkeit, ein MVZ mit angestellten Ärzten zu betreiben. In diesem Modell geht es explizit nicht um MVZs, sondern darum, den Unternehmergeist der Ärzte zu stärken und zu incentivieren. Ähnlich wie bei anderen, in der Praxis genutzten Modellen für Genossenschaften, kann sich auch bei diesem Modell eine Kommune an der Genossenschaft beteiligen, doch die Beteiligung einer Kommune stellt keinen zwingend notwendigen Faktor für die Genossenschaft dar.

Um das maximale Potential einer Genossenschaft realisieren zu können, müssen weitere Kriterien erfüllt werden:

- ▶ Digitale Potentiale beispielsweise KI-gestützter Versorgungssteuerung müssen umfassend gehoben werden.
- ▶ Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeit sowie neue Rollenmodelle in Kombination mit den genannten technologischen Hilfen erlauben eine echte Skalierung knapper personeller Ressourcen.
- ▶ Ärzte als Genossen sind positiven unternehmerischen Anreizen ausgesetzt, die ein besonderes Engagement auch finanziell honorieren.

Gerade in der zunehmenden Zahl unterversorgter Regionen können Genossenschaften dann einen wichtigen Beitrag leisten, die Lücke zwischen Nachfrage und Angebot zu schließen. Aber auch an das ärztliche Personal, welches sich für diese Form von Genossenschaft interessiert, werden spezielle Anforderungen gestellt:

- ▶ Dieses Konstrukt richtet sich in erster Linie an Ärzte, welche gerne unternehmerisch arbeiten möchten, und bietet diesen eine Möglichkeit, gleichzeitig in einer größeren Einheit tätig sein zu können und dennoch für überdurchschnittliches Engagement im Vergleich zum bisherigen System auch besser entlohnt zu werden.
- ▶ Für Ärzte, welche eher kürzere Arbeitszeiten und ein Angestelltenverhältnis bevorzugen, ist dieses System eher ungeeignet. Diese können jedoch weiterhin im Kollektivvertrag als angestellte Ärzte arbeiten, da dieses Genossenschaftsmodell das bisherige System ergänzen und nicht ersetzen soll.

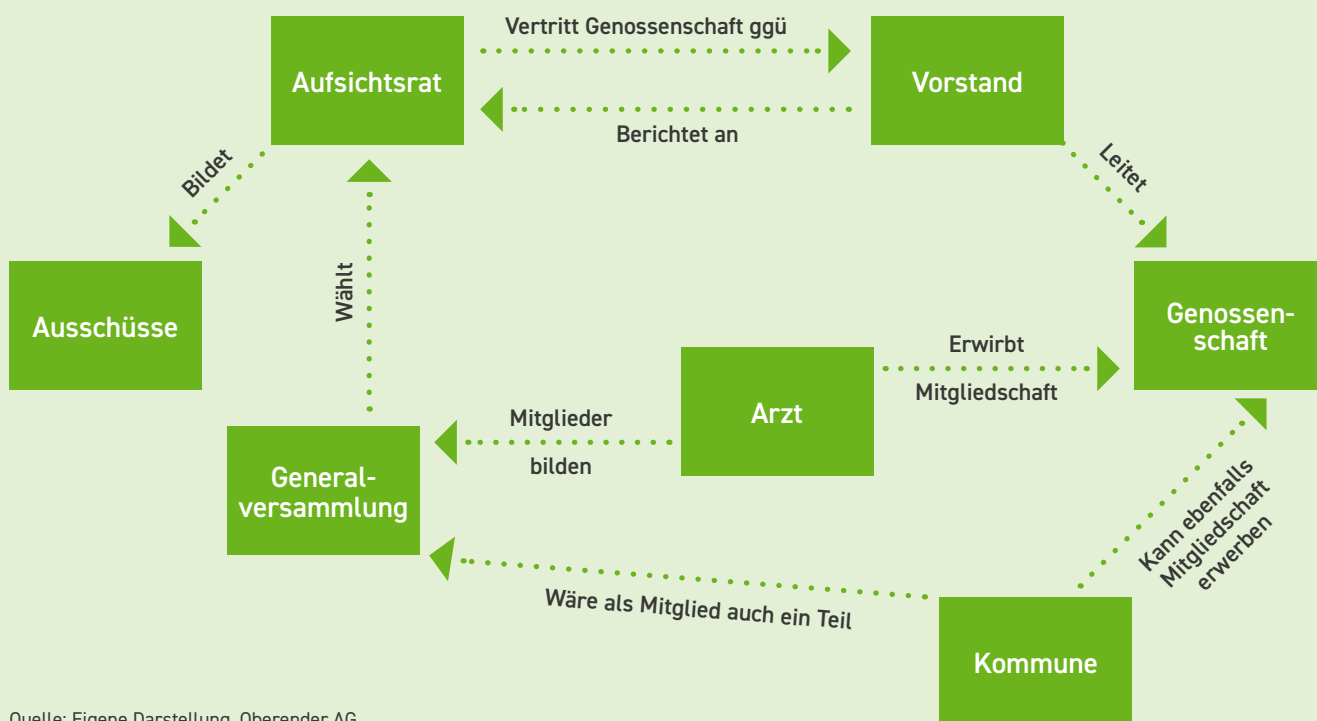
Nur durch diese Kriterien wird es der Genossenschaft ermöglicht, die fehlende Versorgung in ländlichen Regionen trotz eines Mangels an ärztlichem Personal übernehmen zu können.

3. VORAUSSETZUNGEN FÜR DEN ERFOLG DER GENOSSENSCHAFT

ANREIZE FÜR DIE RICHTIGEN PERSONEN

Damit ein solch innovatives Konzept zum Erfolg führen kann, müssen verschiedenste Kriterien erfüllt sein. Es gilt, die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen und den richtigen Personen Anreize zu geben, die Sie motivieren, sich an diesem Konzept zu beteiligen

Genossenschaftliche MVZs – Beispielhafte Struktur einer innovativen Genossenschaft



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Für die Wirksamkeit der Genossenschaft sind die internen Anreize von besonderer Bedeutung, die sich aus der leistungsbezogenen Verteilung der Überschüsse ergeben



Eine Genossenschaft könnte Gewinne auch ohne Leistungsbezug an die Genossen ausschütten, beispielsweise nach dem Besitz von Genossenschaftsanteilen. Damit würde jedoch der unternehmerische Grundgedanke unterlaufen, größerer Einsatz würde sich nicht mehr auszahlen. Vor allem hier soll sich dieses innovative Genossenschaftsmodell von anderen Genossenschaften unterscheiden.

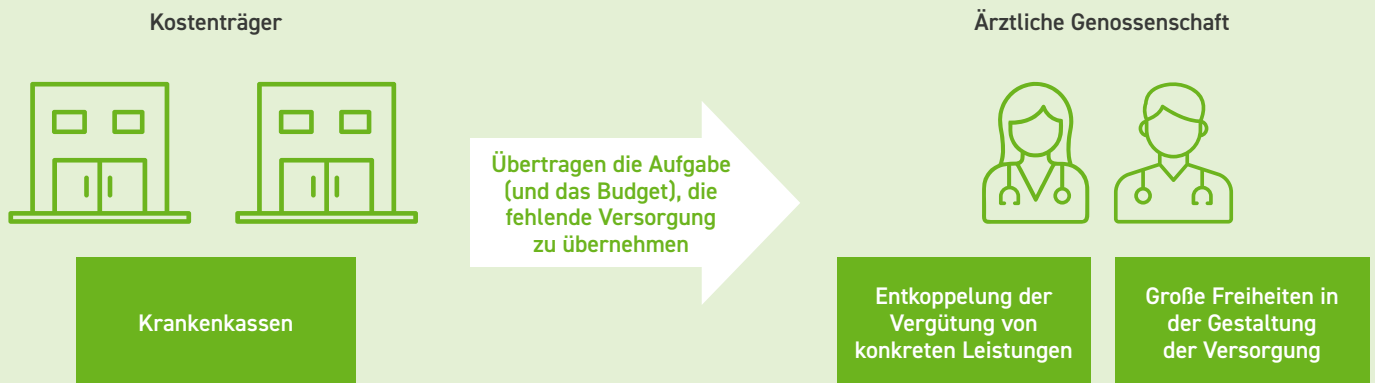
Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

RAHMENBEDINGUNGEN, DIE INNOVATION FÖRDERN

Damit das hier vorgeschlagene Modell in der Praxis funktionieren kann, müssen auch umfangreiche Anpassungen an den Rahmenbedingungen vorgenommen werden. Im derzeitigen System des Kollektivvertrags lassen sich manche der Ansätze nicht umsetzen. Es ist von großer Wichtigkeit, diverse grundlegende Veränderungen vorzunehmen, damit sich ein solches Vorhaben in der Praxis umsetzen lässt.

- ▶ Ein solches System müsste parallel zur Versorgung im Kollektivvertrag laufen. Jeder Arzt sollte die Wahl haben, ob er die Patienten im Rahmen des Kollektivvertrags oder im Rahmen des neuen Systems versorgen möchte.
- ▶ Die Kosten, welche zur Versorgung der Patienten im Genossenschafts-Modell benötigt werden, müssen aus dem Kollektivvertrag ausgegliedert werden.
- ▶ Um die unternehmerischen Anreize zu fördern, sollten diese Beträge von den Sozialversicherungsträgern an die Genossenschaft übertragen werden, unabhängig von beispielsweise Abrechnungsrichtlinien (Näheres hierzu unten im Abschnitt zum Capitation-Ansatz)
- ▶ Die an die Genossenschaft übertragenen Beträge sollten höher sein als die Beträge, die aus dem Kollektivvertrag ausgegliedert werden; insgesamt wird also Geld eingespart.

Übertragen der Aufgabe an die Genossenschaft, die fehlende Versorgung zu übernehmen



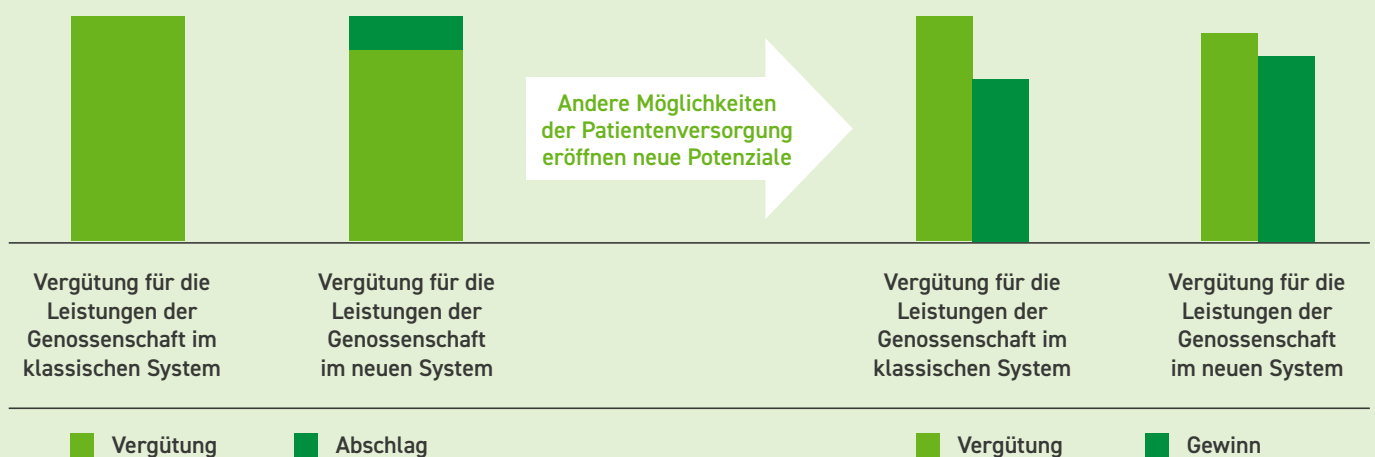
Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Ersparnis für die Kostenträger

Die Ersparnis für die Kostenträger stellt vermutlich einen wichtigen Punkt zur Akzeptanz der Genossenschaftssystematik dar.

- ▶ Erfahrungsgemäß reicht es Kostenträgern bei derartigen Projekten nicht aus, keine Kostensteigerung im Vergleich zum Status Quo zu erwarten – für sie ist es von hoher Relevanz, dass eine Senkung der Kosten zu erwarten ist.
- ▶ Da im hier angenommenen Modell insgesamt weniger Ärzte für die Leistungen nötig sind, ist davon auszugehen, dass die Leistungen auch tatsächlich günstiger erbracht werden können.
- ▶ Wie im Folgenden gezeigt wird, ist außerdem davon auszugehen, dass aufgrund von Skaleneffekten trotz einer geringeren Vergütung pro Leistung insgesamt mehr Erlös pro Arzt generiert wird.

Weniger Vergütung kann im Genossenschafts-Modell trotzdem zu höheren Gewinnen führen



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Der Capitation-Ansatz zur Bestimmung der Gesamtvergütung

Capitation wird als eine Vergütungsform definiert, bei der ein Teil der Versicherungsrisiken auf die Leistungserbringer übergeht. Dies geschieht, indem Leistungserbringer für alle von ihnen erbrachten Leistungen wirtschaftlich eine (Mit-)Verantwortung übernehmen müssen. Im Idealfall erstreckt sich die Vereinbarung auf alle Versicherten einer Region. In diesem Kontext wird der Begriff der regionalen Gesundheitsbudgets verwendet. Im Sinne eines Vergütungssystems gehören hierzu ferner alle Maßnahmen, die getroffen werden, um Anreize zur Qualitätsförderung sowie Vorkehrungen zur Qualitätssicherung zu treffen. Auch gehen mit derartigen Vergütungsmodellen Anpassungen der Versorgungsstruktur einher, um die Leistungserbringer in die Lage zu versetzen, die veränderten Anforderungen angemessen abbilden zu können.

- ▶ In der Praxis bedeutet dies, dass die Leistungserbringer – in diesem Fall die Vertragsärzte – ein bestimmtes Budget pro Versichertem in ihrer Region erhalten.
- ▶ Mit diesem Budget müssen die Ärzte in der Lage sein, die Patienten zu versorgen.
- ▶ Falls die Ärzte wirtschaftlich arbeiten, bleibt am Ende Budget übrig – falls sie jedoch unwirtschaftlich arbeiten, müssen sie ein Defizit tragen.
- ▶ Das finanzielle Risiko der Behandlung geht also zu weiten Teilen auf die Vertragsärzte über. Dies passt zum Ansatz, unternehmerisches Denken im Rahmen der Genossenschaft zu stärken.

Herausforderungen des Capitation-Ansatzes

Der Capitation-Ansatz bietet neben vielen Vorteilen – wie der Distanzierung von der mühsamen Abrechnung kleinteiliger Prozeduren – auch einige Herausforderungen.

- ▶ Bei einem Szenario wie diesem ist davon auszugehen, dass das ökonomische Risiko für die Ärzte am höchsten ist. Da die Genossenschaft einen Pauschalbetrag für alle Leistungen erhält, muss dieser in jedem Fall ausreichend hoch sein.
- ▶ Gleichzeitig muss das Risiko begrenzt werden, dass Leistungserbringer versuchen, ihr wirtschaftliches Ergebnis zu optimieren, indem sie den Zugang zur Versorgung erschweren oder zu wenig Leistung erbringen.



4.

INNOVATIVE LÖSUNGSANSÄTZE DURCH DIE GENOSSENSCHAFT

INNOVATIVE BEHANDLUNGSKONZEPTE

Nutzung von KI

Bei bildgebender Diagnostik kann KI massiv dazu beitragen, die Ärzte zu entlasten und damit den Grundstein für eine effizientere Versorgung legen.

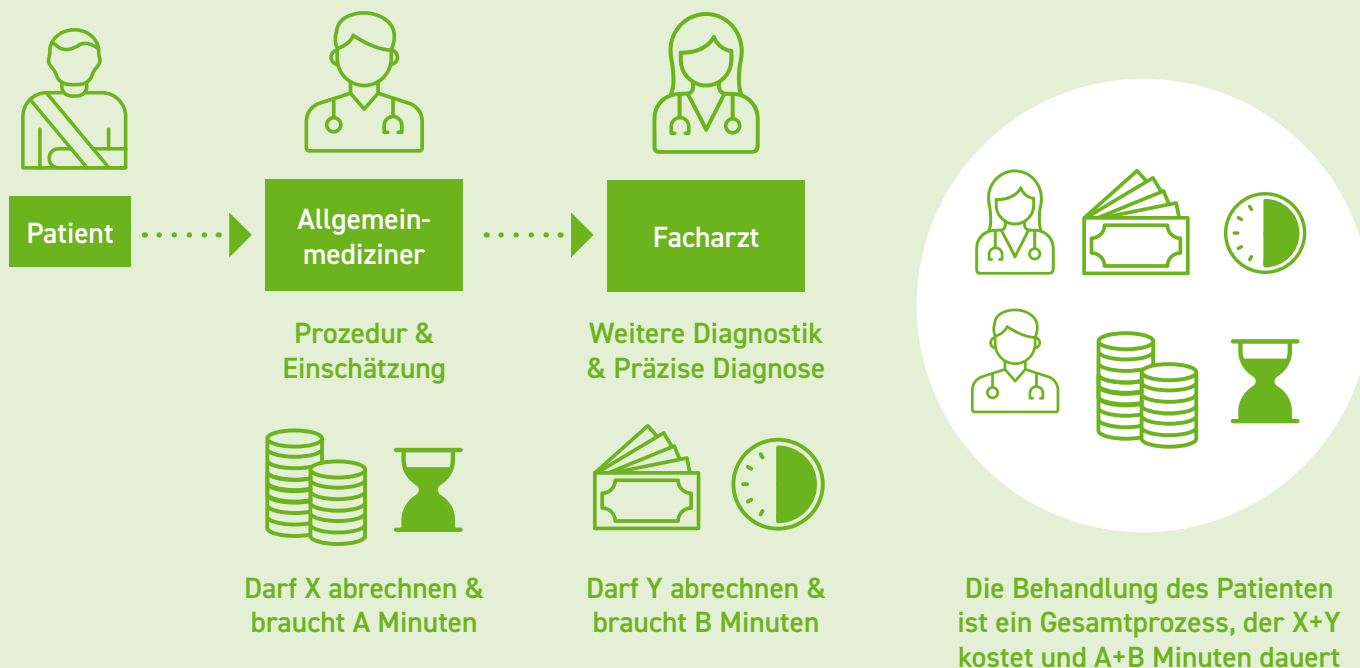
- ▶ Im Vergleich zum klassischen System, in dem bspw. sowohl ein Allgemeinmediziner als auch ein Facharzt Diagnostik durchführen und Zeit mit Recherche und weiteren Test verbringen, kann die Nutzung von KI die nötige Arbeitszeit beider beteiligten Ärzte reduzieren.
- ▶ Durch die KI-gestützte Auswertung der Ergebnisse der Diagnostik könnten deutlich schneller eine Diagnose gestellt und Empfehlungen für den weiteren Behandlungspfad formuliert werden.
- ▶ Die finale Entscheidung hierzu muss weiterhin durch einen Arzt validiert werden, doch die Validierung benötigt deutlich weniger Ressourcen, als den kompletten Prozess selbst durchzuführen.
- ▶ In einigen Bereichen findet eine solche Nutzung von KI bereits heute statt, doch in Zukunft muss eine Ausdehnung stattfinden.

Höhere Gesamtvergütung durch Skaleneffekte

Wie bereits Eingangs erwähnt, kann die Akzeptanz dieses Modells bei den Kostenträgern durch niedrigere Gesamtkosten erhöht werden.

- ▶ Dem niedrigeren Erlös pro Behandlung im klassischen System stehen jedoch Effizienzgewinne durch innovative Technologien gegenüber.
- ▶ Im Beispiel erscheint es realistisch, dass die Zeitersparnis für jeden der beteiligten Ärzte deutlich höher ist als bspw. ein 10%iger Abschlag im Vergleich zum alten System.
- ▶ So verbessert sich die Erlössituation der Ärzte insgesamt gegenüber dem alten System, falls diese gewillt sind, neue Behandlungsmöglichkeiten auszuloten und Innovationen in den Alltag zu integrieren.
- ▶ Für die Kostenträger wird das System gleichzeitig günstiger.
- ▶ Und für Patienten würden sich vermutlich Wartezeiten reduzieren.

Möglichkeiten, welche durch veränderte Abrechnungssystematiken eröffnet werden – Nutzung von KI bei bildgebender Diagnostik



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

USE CASE

NUTZUNG VON KI IM RAHMEN VON BILDGEBENDER DIAGNOSTIK

Um die Vorteile der Nutzung von KI bei bildgebender Diagnostik plastischer werden zu lassen, schauen wir uns an dieser Stelle ein praktisches Fallbeispiel an. Frau S. hat seit einiger Zeit Schmerzen am Unterschenkel, wenn sie sich bewegt. Sie entschließt sich dazu, zum Arzt zu gehen.

Klassisches System:

- ▶ Frau S. geht zunächst zu ihrem Hausarzt. Sie muss einen Termin vereinbaren (Vermutlich frühestens in einer Woche), muss dann beim Arzt warten. Der Arzt macht zunächst eine mündliche Anamnese, tastet die schmerzhafteste Stelle ab und beschließt, einen Ultraschall zu machen. Er erkennt im Ultraschall eine Auffälligkeit, aber kann sich nicht komplett sicher bei seiner Diagnose sein und überweist Frau S. daher zu einem Orthopäden.
- ▶ Frau S. geht nun zum Orthopäden. Sie muss mehrere Wochen auf einen Termin warten. Hier erläutert sie erneut die Situation. Der Orthopäde tastet die Stelle ab und macht einen erneuten Ultraschall. Er kommt zum gleichen Ergebnis wie der Hausarzt, ist sich bei der Diagnose aber auch nicht komplett sicher. Er gibt eine Behandlungsempfehlung ab und sagt, Frau S. soll ggf. nochmal wiederkommen, falls es nicht besser wird.
- ▶ 8 Wochen später verspürt Frau S. noch immer Schmerzen. Sie muss erneut mehrere Wochen auf einen Termin beim Orthopäden warten. Der Orthopäde ist sich bei der Diagnose nicht ganz sicher und verweist sie an einen Kollegen, der weitere Tests durchführt.

Genossenschaft unter Nutzung von KI:

- ▶ Frau S. geht zunächst zu ihrem Hausarzt. Sie muss einen Termin vereinbaren (Vermutlich frühestens in einer Woche), muss dann beim Arzt warten. Der Arzt macht zunächst eine mündliche Anamnese, tastet die schmerzhafteste Stelle ab und beschließt, einen Ultraschall zu machen. Das Ergebnis der Untersuchung wird von einer auf Ultraschall-Bildmaterial von Unterschenkel trainierten KI ausgewertet. Die KI ist sich aufgrund der vielen Vergleichswerte zu 99% sicher bei der Diagnose – Es ist eine seltene Form von massiver Überanstrengung der Muskeln, die der Hausarzt noch nie gesehen hat. Sicherheitshalber überweist er die Frau direkt auch zu einem Genossenschafts-Orthopäden.
- ▶ Frau S. geht nun zum Orthopäden. Sie muss weniger lange auf einen Termin warten, da die Ressource Arzt besser genutzt werden kann. Der Orthopäde hat auch Zugriff auf die KI, da er, so wie der Hausarzt, ein Genossenschafts-Mitglied ist. Er sieht das Bildmaterial und die Empfehlung der KI und kann bestätigen, dass die Analyse der KI korrekt erscheint. Er muss keine weiteren Untersuchungen durchführen und gibt Frau S. Behandlungsempfehlungen, die exakt zu ihrem Krankheitsbild passen. Der Termin dauert weniger als halb so lange wie im klassischen System und die Behandlung ist präziser.

KI zur Unterstützung von Behandlungspfaden und leitliniengerechter Behandlung

Die Nutzung von KI-gestützten Systemen kann auch Vorteile abseits der klassischen Versorgung mit sich bringen, zum Beispiel durch die Zuordnung von Patienten zu Leitlinien und Behandlungspfaden.

- ▶ Vorstellbar ist beispielsweise eine Technologie, welche anhand einer ausführlichen Anamnese und standardisierter Diagnostik die leitliniengerechte Behandlung ermittelt.
- ▶ Die aktuell verfügbare Menge an Leitlinien und Behandlungspfaden ist für einen Menschen nicht mehr überblickbar.
- ▶ Ein solches System würde durch Sicherstellung der leitliniengerechten Behandlung für eine höhere Behandlungsqualität sorgen.
- ▶ Sie würde gleichzeitig die Effizienz der Behandlungen erhöhen, da weniger Recherche notwendig ist und zugleich eine zielgenauere Steuerung des weiteren Behandlungsablaufs erfolgt.
- ▶ Bei einer Anschaffung als Genossenschaft sind die Kosten für Anschaffung und Betrieb pro Person vergleichsweise gering.

USE CASE

BEHANDLUNGSPFAD-KI

An dieser Stelle ein weiteres praktisches Beispiel mit unserer Patientin Frau S. Frau S. hat einen Termin beim Orthopäden wegen ihrer Schmerzen am Unterschenkel.

Klassisches System:

- ▶ Der Orthopäde ist sich bei seiner Diagnose relativ sicher, doch es handelt sich um eine seltene Diagnose, die er noch nie praktisch erlebt und von der er bislang auch nur am Rande einmal gehört hat.
- ▶ Der Arzt hatte aber schon einmal mit einer halbwegs ähnlichen Erkrankung zu tun. Während Frau S. im Behandlungszimmer sitzt, schaut der Arzt auf seine Uhr und stellt fest, dass er eigentlich schon 3 weitere Patienten hätte behandeln haben müssen. Er entschließt sich dazu, ihr eine Behandlungsempfehlung auf Basis der ähnlichen Krankheit zu geben. Frau S. soll ggf. nochmal wiederkommen, falls es nicht besser wird.
- ▶ 8 Wochen später verspürt Frau S. noch immer Schmerzen. Sie muss erneut mehrere Wochen auf einen Termin beim Orthopäden warten. Der Orthopäde entscheidet sich jetzt dazu, etwas genauer zu recherchieren und gibt ihr auf Basis einer 5-minütigen Recherche eine andere Behandlungsempfehlung – Wie sich zeigen wird, ist auch diese nicht korrekt.

Genossenschaft unter Nutzung einer Behandlungspfad-KI:

- ▶ Der Orthopäde ist sich bei seiner Diagnose relativ sicher, doch es handelt sich um eine seltene Diagnose, die er bislang noch nie praktisch erlebt und von der er bislang auch nur am Rande einmal gehört hat.
- ▶ Doch zufälligerweise handelt es sich bei ihren Schmerzen um eine häufige Erkrankung bei Profi-Fußballern – Frau S. ist keine Profi-Fußballerin und ihr Arzt hatte auch noch nie mit einem Profi-Fußballer zu tun, doch Ärzte in Madrid hatten schon häufiger mit dieser Erkrankung zu tun und haben zur Behandlung eine Leitlinie verfasst, zu der sie vor 5 Jahren etwas im New England Journal of Medicine veröffentlicht haben.
- ▶ Die Behandlungspfad-KI, welche darauf trainiert ist, Datenbanken nach Behandlungspfad-Empfehlungen auszuwerten, findet diese vergleichsweise recht obskuren Ergebnisse zu der Krankheit und zeigt dem Orthopäden, was die optimale Behandlungsmöglichkeit ist.
- ▶ Der Orthopäde liest sich die Empfehlung kurz durch und gibt sie an Frau S. weiter. Frau S. ist in zwei Wochen schmerzfrei und muss wegen dieser Erkrankung nie wieder zu einem Arzt gehen.

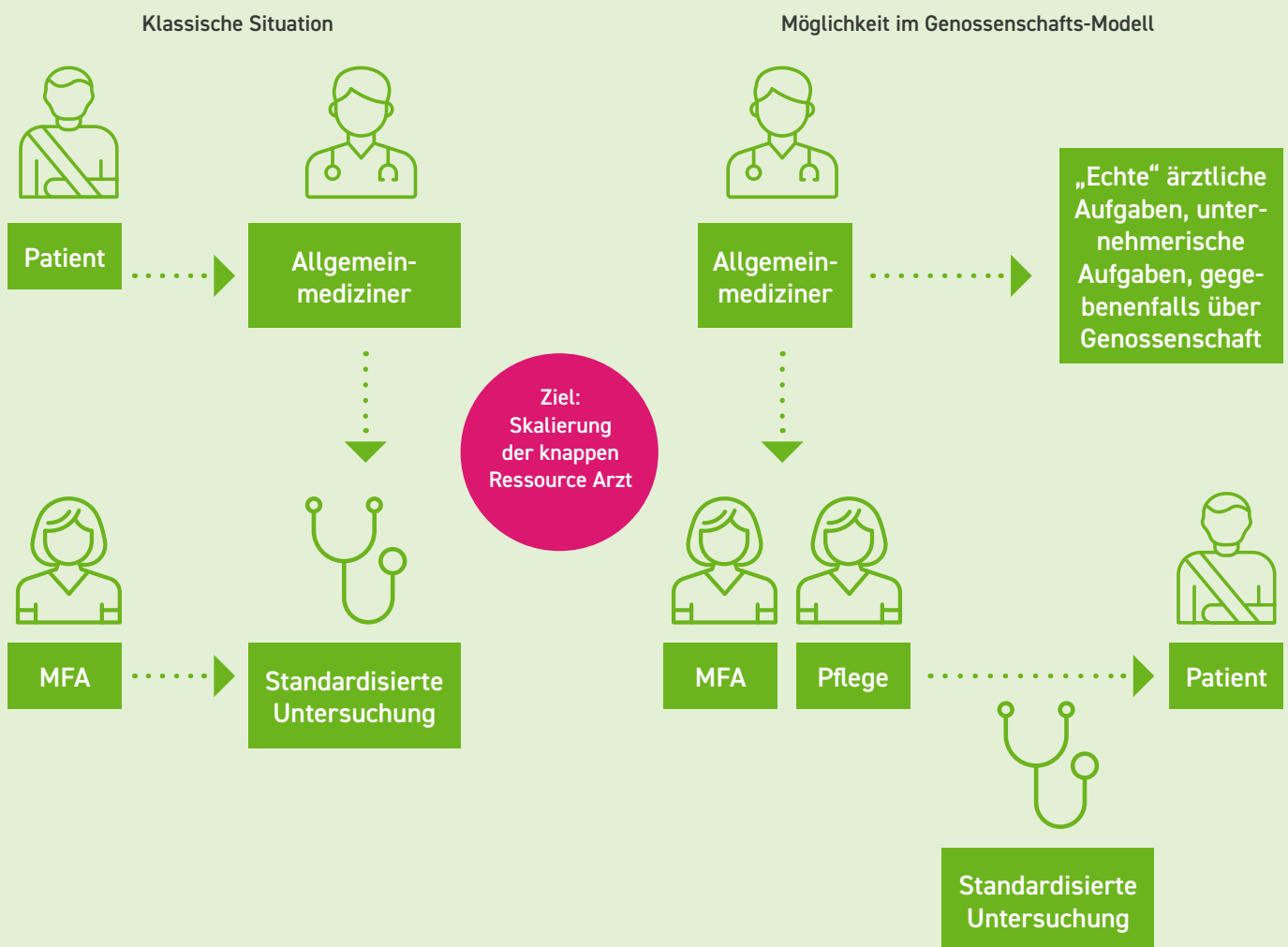
Bessere Versorgung durch Einbezug anderer Berufsgruppen

Das Genossenschaftsmodell würde es den beteiligten Ärzten auch ermöglichen, bislang ärztliche Aufgaben nicht mehr selbst durchzuführen, sondern diese von anderen, speziell dafür qualifizierten, medizinisch ausgebildeten Personen (MFAs, GKPs, PAs etc.) ausüben zu lassen.

- ▶ Dieses Konzept bietet sich insbesondere bei wenig komplexen diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten an, welche oft durchgeführt werden und hoch standardisiert sind.
- ▶ Bei solchen Tätigkeiten ist auch im derzeitigen System oft bereits eine andere medizinische Fachkraft anwesend, während der Arzt die Tätigkeit ausübt.
- ▶ Der Arzt würde im neuen System verschiedene Rollen einnehmen: Er würde die anderen Mitarbeitenden dazu befähigen, die Tätigkeit selbst auszuüben, wäre dafür zuständig, qualifizierte Mitarbeitende zu akquirieren und zu motivieren und ist in letzter Instanz verantwortlich dafür, sicherzustellen, dass seine Mitarbeitenden Leistungen von hoher Qualität erbringen.
- ▶ Während die berufsrechtlichen Vorgaben weiterhin gelten, sind die alleine im Vergütungsrecht verankerten Rollenzuschreibungen aufgehoben und erlauben in größerem Umfang neben Delegation auch echte Substitution ärztlicher Leistung.

- ▶ Da die Mitarbeitenden Leistungen erbringen, welche im klassischen System von Ärzten erbracht werden, ist auch hier davon auszugehen, dass die Leistungen günstiger als im klassischen System erbracht werden können, da die Personalkosten des anderen Personals geringer sind als die der Ärzte.
- ▶ Selbst bei einem Abschlag im Vergleich zum klassischen System kann vom Erlös aus diesen Leistungen nicht nur das medizinische Personal bezahlt werden, welches die Leistungen erbringt, sondern es bleibt auch Deckungsbeitrag übrig, welcher einen Anreiz für den Arzt darstellt, dieses neue System zu adaptieren.
- ▶ Für die Patienten wäre zu erwarten, dass sich hierdurch die Versorgungslage verbessert – Die Wartezeiten für Termine würden sich durch das zusätzliche Personal reduzieren, die Versorgung in ländlichen Regionen könnte sichergestellt werden und die Qualität würde bei hochstandardisierten Leistungen voraussichtlich nicht leiden.

Substitution von Aufgaben durch andere Berufsgruppen



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Ärzte könnten die Zeit, welche sie nicht mehr mit der Erbringung dieser Leistungen zubringen, mit anderen Tätigkeiten verbringen, welche vermutlich eine sinnvollere Investition der knappen Resource Zeit darstellen – Beispielsweise mit komplexeren medizinischen Fragestellungen oder den mit der Genossenschaft und dem Besitz einer Arztpraxis verbundenen unternehmerischen Aufgaben.

Es erscheint wahrscheinlich, dass man insbesondere gut qualifiziertes und hochmotiviertes Personal für diese Aufgaben gewinnen kann. Sie bieten nicht nur eine Möglichkeit, sich beruflich und persönlich weiterzuentwickeln und mehr Verantwortung zu übernehmen, sondern könnten aufgrund des derzeitigen Gefälles zwischen der Vergütung eines Arztes und anderen Berufsgruppen auch die Möglichkeit bieten, den hier tätigen Berufsgruppen höhere Gehälter zu zahlen, wodurch sich umso mehr herausragendes Personal finden lassen sollte.

USE CASE

SUBSTITUTION VON ÄRZTEN DURCH ANDERE BERUFSGRUPPEN

Zum dritten Mal wenden wir uns Frau S. zu. Frau S. Schmerzen am Unterschenkel und vereinbart einen Termin bei ihrem Hausarzt zur Abklärung.

Klassisches System:

- ▶ Frau S. muss lange auf einen Termin beim Hausarzt warten, da der Arzt sowieso schon viel zu viel zu tun hat. Anschließend muss sie auch in der Praxis lange warten, bis sie aufgerufen wird.
- ▶ Der Hausarzt hatte mit ihrem Krankheitsbild noch nicht viel zu tun, aber erinnert sich grob daran, was zu tun ist. Er führt ein paar körperliche Anamnesen durch und macht anschließend einen Ultraschall bei Frau S. Auch das Ultraschallgerät verwendet er eher selten und braucht erstmal eine Weile, um alles korrekt einzustellen.
- ▶ Während der einzelnen Schritte gibt es häufiger größere Pausen, weil der Arzt dringend an anderer Stelle in der Praxis gebraucht wird; in diesen Zeiten wartet Frau S. und hat sonst nichts zu tun.

Genossenschaft mit der Substitution ärztlicher Aufgaben:

- ▶ Frau S. ruft wegen Ihrer Beschwerden beim Hausarzt an. Sie wird gefragt, ob es für Sie auch in Ordnung ist, wenn die Untersuchungen nicht vom Arzt durchgeführt werden, sondern von einer speziell dafür qualifizierten MFA, die deutlich eher Termine frei hat. Frau S. hat direkt für den nächsten Tag einen Termin.
- ▶ Beim Arzt angekommen wird Frau S. ohne Verzögerung ins Behandlungszimmer geführt, da Frau B., die sie heute behandelt, extra für die orthopädischen Fälle da ist und daher einen sehr gut strukturierten Zeitplan hat.
- ▶ Frau B. beschäftigt sich jeden Tag mit orthopädischen Fällen und sie kann zwar noch nicht exakt sagen, an was Frau B. leidet, aber sie hatte schon mit ähnlichen Fällen zu tun und weiß, welche Anamneseschritte am sinnvollsten sind.
- ▶ Frau B. entschließt sich dazu, ein Ultraschall durchzuführen, was sie täglich vornimmt. Der Prozess läuft in Rekordzeit ab und die Ergebnisse sind durch die Routine hervorragend.
- ▶ Zur finalen Klärung ihrer Einschätzung holt Frau B. kurz den Arzt hinzu, der ihrer Einschätzung zustimmt.
- ▶ Frau S. ist nach sehr kurzer Zeit mit einer Diagnose und einer Zweitmeinung wieder zu Hause.

Obwohl ein größerer Anteil der Versorgung übernommen wird, werden keine zusätzlichen Ärzte benötigt

Das hier diskutierte Genossenschaftsmodell soll primär dazu dienen, trotz eines Mangels an ärztlichem Personal die Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen sicherzustellen. Daher ist es eine Grundvoraussetzung, dass die fehlende Versorgung auch ohne zusätzliches ärztliches Personal erbracht werden kann.

- ▶ Primäres Ziel sollte es sein, die knappe Ressource Arzt so weitgehend wie möglich für Aufgaben zu nutzen, die zwangsweise nur von einem Arzt erbracht werden können. Jegliche Aufgaben, die nicht zwangsweise von einem Arzt erbracht werden müssen, sollten auch nicht von einem Arzt erbracht werden.
 - ▶ Ein Beispiel hierfür stellen Aufgaben dar, für die zwangsweise die hohe fachliche Qualifikation des Arztes benötigt wird und bei denen die Qualifikation auch nicht einfach durch die Weiterbildung einer anderen medizinischen Berufsgruppe ersetzt werden kann.
 - ▶ Ein weiteres Beispiel ist der zwischenmenschliche Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung, insbesondere im Rahmen von Gesprächen, die nur ein Arzt führen sollte.
- ▶ Aufgaben, welche von einem Menschen übernommen werden müssen – wie beispielsweise bestimmte Untersuchungen – sollen in diesem Modell wo immer sinnvoll möglich von qualifiziertem medizinischem Personal ohne Medizinstudium übernommen werden (maximale Ausnutzung von Substitution und Delegation ärztlicher Tätigkeit).
- ▶ Viele heute noch von Ärzten übernommene Aufgaben im Bereich der Patientensteuerung oder auch des Screenings und der Erstdiagnostik lassen sich perspektivisch durch KI-Lösungen ersetzen, sodass auch für diese Aufgaben keine zusätzlichen Ärzte benötigt werden.
 - ▶ Hierdurch unterbleiben „unnötige“ Arztkontakte, im Sinne von Kontakten, bei denen nicht die fachliche Kompetenz des Arztes benötigt wird.
 - ▶ Insgesamt muss es eines der Ziele sein, die Arzt-Patienten-Kontakte in den Bereichen, in denen es möglich und vertretbar ist, zu reduzieren, um mit einer bestehenden Zahl an Ärzten mehr Patienten behandeln zu können.
- ▶ Auch Telemedizin kann dazu genutzt werden, die Versorgung in ländlichen Regionen aufrechtzuerhalten.

ERSCHLIESSUNG NEUER FINANZIERUNGSQUELLEN

Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten über ein Plus-Modell

Viele sinnvolle und innovative Leistungen in der Nutzung analoger und digitaler Unterstützungssysteme zur Koordination von Behandlungsleistungen werden derzeit in der Regelversorgung nicht ausreichend oder überhaupt nicht vergütet. So gibt es beispielsweise für Leistungen einer Community Health Nurse keine Abrechnungsmöglichkeiten, obwohl der Nutzen für die Versorgung deutlich erkennbar ist.

Um den Bürgern einer Region auch diese Leistungen zugänglich zu machen, besteht die Option, auch die hierfür zusätzlichen Kosten weiterzugeben.

- ▶ Von zentraler Wichtigkeit ist hierbei selbstverständlich, dass keine Leistungen, welche im klassischen System Standardleistungen sind, mit Zusatzkosten belegt werden.
- ▶ Sie gibt den Ärzten aber die Möglichkeit, weitgehende Zusatzleistungen anzubieten, welche über das vorgeschriebene Spektrum hinausgehen.
- ▶ Aufgrund der Freiheiten in der Versorgung bei der Abrechnung und Vergütung wäre es auch vorstellbar, Leistungen nicht pro Leistung in Rechnung zu stellen, sondern Abo-Modelle zu etablieren, in denen die Patienten für einen festen, monatlichen Beitrag auf ein größeres Spektrum an Leistungen zugreifen können.

- ▶ Wie im späteren Verlauf der Präsentation noch gezeigt wird, geht es beim Genossenschaftsmodell auch viel um den Einbezug anderer, nicht-ärztlicher Berufsgruppen, so dass im Bereich eines Zuzahlungsmodells auch Modelle denkbar sind, welche andere Berufsgruppen einbeziehen.
- ▶ Ähnlich verhält es sich mit der Nutzung von KI und innovativen Behandlungskonzepten: Auch hier ist vorstellbar, dass der Zugang zu modernsten Versorgungsansätzen, welche über die gesetzliche Versorgung im klassischen System hinausgehen, zuzahlenden Patienten vorbehalten ist.

USE CASE

BEZAHLTE ZUSATZLEISTUNGEN / EINE PLUS-MITGLIEDSCHAFT FÜR INTERESSIERTE PATIENTEN

Eine Möglichkeit, wie man eine solche „Plus-Mitgliedschaft“ umsetzen könnte, wäre beispielsweise eine Übernahme der Therapieplanung und -koordination für den Patienten, die deutlich über das derzeitige, vorgeschriebene Maß hinausgeht.

- ▶ Derzeit ist es zwar so, dass die behandelnden Ärzte durchaus Therapieempfehlungen geben oder auch bestimmte Kollegen für eine weiterführende Behandlung vorschlagen, doch der eigentliche Prozess dahinter, Termine auszumachen und diverse andere Aspekte einer längeren Therapie zu planen, liegt häufig weiterhin beim Patienten.
- ▶ Im Rahmen der Genossenschaft wäre es eine Möglichkeit, dass es eine bestimmte Gruppe von Personen innerhalb der Genossenschaft gibt, welche dafür das ist, zahlenden Patienten den weiteren Therapieprozess nach einer Diagnose abzunehmen.
- ▶ Wenn der Patient eine „Plus-Mitgliedschaft“ besitzt, wird der Arzt ihn bei Diagnosestellung darüber aufklären, dass sich jemand von der Therapieplanung beim Patienten melden wird und den gesamten weiteren Koordinierungsprozess im Rahmen der Behandlung übernimmt.
- ▶ Eine solche Koordinierungsstelle ist im klassischen System nicht vorgesehen und daher auch nicht in der Vergütung über den Capitation-Ansatz berücksichtigt – sie könnte über zusätzliche Beiträge finanziert werden.
- ▶ Diese Koordinierungsstelle würde mit dem Patienten die zeitliche Verfügbarkeit abstimmen und andere Ärzte oder Therapeuten finden, welche zum Zeitplan des Patienten sowie seinem spezifischen Krankheitsbild passen. Dabei werden auch bestimmte Sonderwünsche des Patienten berücksichtigt.
- ▶ Der Patient muss sich dadurch keine weiteren Gedanken darum machen, selbst Termine zu koordinieren oder passende Ärzte zu suchen.
- ▶ Eine optimierte Koordination würde nicht nur den Patienten entlasten, sondern auch die unnötige Inanspruchnahme des Systems minimieren – ein positiver Nebeneffekt bei knappen Ressourcen.

INNOVATIVE ABRECHNUNG DURCH EINE ALTERNATIVE VERGÜTUNGSVERTEILUNG

Alternative Vergütungsverteilung

Im klassischen System gab es, wenn zwei Ärzte aufeinander aufbauende Leistungen erbracht haben, für jede dieser beiden Leistungen eine Vergütung, eine für Arzt A und eine für Arzt B.

- ▶ Im System mit Abschlag ergibt sich eine Gesamtvergütung $A+B$ abzgl. Abschlag X
- ▶ Diese Vergütung kann jedoch auf verschiedene Arten und Weisen zwischen den beteiligten Ärzten aufgeteilt werden, da innerhalb der Genossenschaft die Grenzen zwischen Ärzten, Versorgungsarten und Leistungen aufgebrochen werden.
- ▶ Wie die Leistungen zwischen den beteiligten Ärzten aufgeteilt werden, kann verschiedene Gründe haben – einige Beispiele dafür finden sich auf der folgenden Folie.
- ▶ Diese Aufteilung der Gesamtvergütung einer bestimmten Gesamtbehandlung wird von der Genossenschaft entschieden und ist für alle Mitglieder gleich.

Interne Organisation der Genossenschaft – Vergütungssystematik

Beispiel bildgebende Diagnostik –
Altes System



Gesamtvergütung



Beispiel bildgebende Diagnostik –
Neues System



Szenario 1:
Durch die KI hat der
Facharzt weniger
Aufwand



Szenario 2:
Die Genossenschaft
zahlt die KI, beide
profitieren



Szenario 3:
Der Facharzt wird
nicht mehr benötigt



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Ausgestaltung liegt im
Ermessen der Genossenschaft

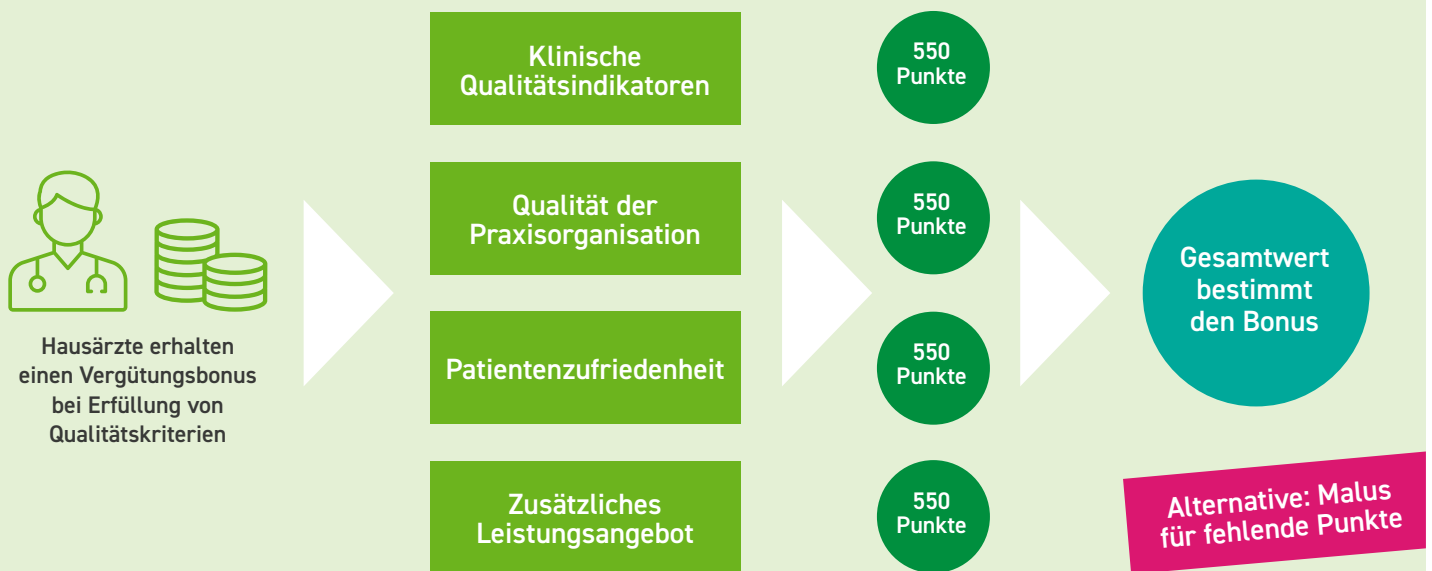
FOKUS AUF QUALITÄT

Externe Qualitätssicherung als wichtiger Baustein des Capitation-Ansatzes

Zwar gibt es auch Argumente dafür, dass bei einer Capitation-basierten Vergütung das ökonomische Risiko komplett auf der Seite der Leistungserbringer liegt, doch gleichzeitig ist es auch wichtig, sicherzustellen, dass mit den zur Verfügung gestellten Mitteln die Patienten nach dem höchstmöglichen Standard versorgt werden. Das vermutlich beste Mittel hierfür stellt die Etablierung von Qualitätsindikatoren dar, welche verpflichtend für die Mitglieder der Genossenschaft sind und von einer externen Instanz überwacht werden.

- ▶ Diese Indikatoren sollten vor allem dazu dienen, die beiden folgenden Fragen zu beantworten:
 - ▶ Werden alle Patienten versorgt, die einer Versorgung bedürfen?
 - ▶ Werden alle Patienten, die versorgt werden, bedarfsgerecht versorgt?
- ▶ Die Erfüllung der Qualitätsindikatoren muss unmittelbar mit der Vergütung der Genossenschaft verbunden sein, um das Erreichen der Maßgaben zu einer Verpflichtung für die Mitglieder zu machen.
- ▶ Einen ersten Ansatzpunkt dafür, wie ein solches QS-System gestaltet werden könnte, liefert das britische QOF-System, welches sich ebenfalls ausschließlich auf die ambulante Versorgung bezieht und mit monetären Anreizen verbunden ist.

Das britische QOF-System als mögliches Vorbild für eine externe Qualitätssicherung im Genossenschaftsmodell



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

Interne Qualitätssicherung der ärztlichen Genossenschaft

So, wie derzeit bereits bei niedergelassenen Ärzten ein QMS verpflichtend ist, gilt diese Pflicht selbstverständlich auch im Falle von ärztlichen Genossenschaften. Auch für das QMS der Genossenschaften müssen die gleichen Mindestanforderungen wie für niedergelassene Ärzte gelten. Im Idealfall stellt die Genossenschaft an sich selbst Qualitätsanforderungen, die über das gesetzlich vorgeschriebene Minimum hinausgehen, um die Akzeptanz des Modells bei Patienten und Kostenträgern weiter zu erhöhen. Die Qualitätsanforderungen an die Mitglieder der Genossenschaft werden von der Genossenschaft beschlossen und gelten für alle Mitglieder.

Gleichzeitig werden auch neue Qualitätsanforderungen und Indikatoren im Rahmen der internen Qualitätssicherung benötigt, die sich aus den innovativen Versorgungsansätzen ergeben:

- Beispielsweise werden neue Anforderungen benötigt, um die Qualität der Versorgung, welche ggf. durch andere Berufsgruppen übernommen wird, adäquat zu messen und sicherzustellen, dass sie mindestens der Qualität der ärztlichen Versorgung entspricht

5.

FAZIT

POTENTIALE DES GENOSSENSCHAFTSMODELLS ZUR NEUSTRUKTURIERUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Ein Modell mit vielen innovativen Lösungsansätzen

Wie auf den vorherigen Folien gezeigt wurde, bietet das hier erarbeitete Modell für eine ärztliche Genossenschaft viele Ansätze, welche es ermöglichen, dem Versorgungsmangel in betroffenen Regionen auf eine bislang noch nicht untersuchte Art und Weise entgegenzuwirken.

- ▶ Die Möglichkeit für die Genossenschaftsmitglieder, deutlich mehr Patienten zu behandeln und auch das Budget für diese Patienten zu erhalten bietet einen hohen finanziellen Anreiz für die beteiligten Ärzte.
- ▶ Für Patienten können sich die Wartezeiten maßgeblich reduzieren, sowohl vor der Behandlung als auch während der Behandlung.
- ▶ Gleichzeitig bieten die hier besprochenen Ansätze auch die Chance, eine höhere Behandlungsqualität im ambulanten Sektor zu etablieren.
- ▶ Für die Kostenträger besteht durch den Abschlag bei der Vergütung der nicht-versorgten Patienten ebenfalls ein hoher Anreiz, das Modell zu unterstützen, da es ihnen die Möglichkeit bietet, die Versorgung ihrer Versicherten günstiger sicherzustellen, als dies im klassischen System der Fall ist.
- ▶ Auch für die Kommunen, in welchen die Patienten leben, ist der Anreiz zur Unterstützung des Systems groß, da die medizinische Versorgung für viele Bürger ein sehr wichtiges Thema ist und im klassischen System vermutlich auf lange Sicht nicht sichergestellt werden kann.

HERAUSFORDERUNGEN DES GENOSSENSCHAFTSMODELLS ZUR NEUSTRUKTURIERUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Ein Modell mit Herausforderungen

Gleichzeitig gibt es auch in diesem Modell in der Form, in der es hier aktuell vorgestellt wird, diverse Herausforderungen.

- ▶ Es gibt zwar viele Argumente, weshalb die einzelnen Stakeholder im Gesundheitswesen das Genossenschaftsmodell unterstützen sollten, doch ob man die Unterstützung bei einem tatsächlichen Etablierungsversuch erhalten würde bleibt offen.
- ▶ Die Akzeptanz von neuen Versorgungsansätzen – sei es durch die Unterstützung von KI oder die Substitution von ärztlichen Aufgaben durch andere Berufsgruppen – muss vielfach noch gewonnen werden; es wird allerdings unterstellt, dass gerade in bereits prekären Versorgungssituationen die Bereitschaft größer ist, eine alternative Herangehensweise zu akzeptieren.
- ▶ Zugleich ist sicherzustellen, dass trotz der Transformation die Qualität der Versorgung nicht eingeschränkt wird.
- ▶ Es gibt keine Garantie, dass in jeder Region ausreichend viele Ärzte mit entsprechend unternehmerischem Gestaltungswillen gewonnen werden können.

- ▶ Auch wenn die Vergütung der Leistungen in diesem Modell mit hoher Wahrscheinlichkeit höher ausfällt, ist das Modell vermutlich an manchen Stellen auch mit hohen Kosten verbunden. Beispiele dafür könnten sein:
 - ▶ Kosten für die Nutzung technischer Innovationen wie Anschaffungskosten oder Lizenzgebühren
 - ▶ Kosten für Personal, welches neue Tätigkeiten außerhalb der Regelversorgung übernimmt

WIE MAN DURCH INNOVATIVE ANSÄTZE DIE VERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM SICHERSTELLEN KANN

Es braucht Innovationen und Unternehmergeist

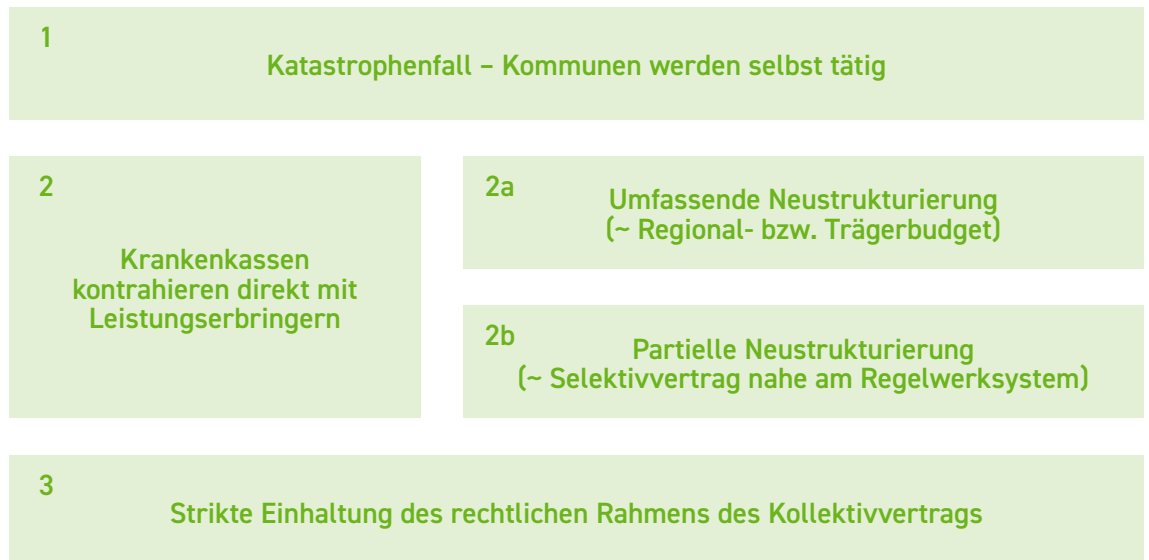
Wie eingangs dargelegt wurde, steuert die vertragsärztliche Versorgung in ländlichen Regionen unweigerlich auf massive Probleme zu. Ein solch innovatives Modell einer ärztlichen Genossenschaft, wie es hier dargelegt wurde, stellt eine Möglichkeit dar, wie man diesen Problemen begegnen kann.

- ▶ Es ist wichtig, Möglichkeiten zu finden, wie man dem sich immer weiter verstärkenden Ärztemangel begegnen kann. Die Genossenschaft bietet hierfür viele Ansätze: Durch Substitution ärztlicher Aufgaben, den Einsatz innovativer Technik und der Freiheit vom Kollektivvertrag durch eine Capitation-Vergütung.
- ▶ Die „richtigen“ Ärzte, die man zur Lösung der Probleme benötigt, existieren und haben auch Interesse an einer weitestgehend selbstständigen Tätigkeit. Die Genossenschaft bietet ihnen die Möglichkeit, diese Wünsche nochmal in einem viel größeren Maße zu verfolgen.
- ▶ Ein solcher Spirit wird nicht nur durch die Veränderung der Rahmenbedingungen gefördert – die Abkehr vom Kollektivvertrag ermöglicht es gleichzeitig auch, höhere Einnahmen zu erzielen, wenn man durch neue Ansätze die Versorgung möglichst vieler Patienten sicherstellen kann.
- ▶ Gleichzeitig ermöglicht das Modell durch die Beteiligungsmöglichkeit einer Kommune auch der regionalen Politik eine gewisse Einflussnahme auf die Versorgungssituation in ihrer Region.
- ▶ Für die Patienten ist, durch die vielfältigen Möglichkeiten an Qualitätssicherung, nicht von einer Verschlechterung der Qualität auszugehen. Gleichzeitig besteht eine hohe Chance, dass sich die Wartezeiten für die Patienten sogar verbessern.

6.

EXKURS: HANDLUNGSOPTIONEN IM AKUTEN KATASTROPHENFALL

Im Zuge der Studie wurden verschiedene Szenarien geprüft



Quelle: Eigene Darstellung, Oberender AG.

KOMMENTIERUNG ZU DEN VERSCHIEDENEN SZENARIEN UND DEREN BEDEUTUNG

Vom Extrem bis hin zum Status quo

Im Rahmen unserer Betrachtung muss man zwischen verschiedenen Möglichkeiten zur Neustrukturierung des Systems unterscheiden, unterteilt dadurch, wie sehr sie sich vom System der Regelversorgung unterscheiden. Diese werden als Szenarien bezeichnet.

- ▶ Szenario 1 betrachtet das Szenario des Katastrophenfalls. Inwiefern dieser eine reale, rechtlich mögliche Option darstellt, wird im Folgenden kurz diskutiert.
- ▶ Szenario 2 unterscheidet zwischen Szenario 2a und 2b.
 - ▶ Szenario 2a wird am intensivsten betrachtet: Hierbei geht es um eine umfassende Neustrukturierung des derzeitigen Systems zur ambulanten Versorgung; den Schlüssel bilden hierfür sogenannte Regional- bzw. Trägerbudgets.
 - ▶ Szenario 2b bezeichnet eine leichte Abwandlung des aktuellen Systems. Derzeit ist es bereits möglich, abseits des Kollektivvertrags sogenannte Selektivverträge abzuschließen, welche flexibler hinsichtlich Behandlungsart und Abrechnung sind. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgung könnte es sein, mehr mit solchen Selektivverträgen zu arbeiten, um besser auf die Herausforderungen in der Versorgung reagieren zu können.
- ▶ Szenario 3 impliziert, dass die allgemeingültigen Regeln des Kollektivvertrags beibehalten werden. Man verändert also nichts am aktuellen System der ambulanten Versorgung, sondern versucht, durch Anpassungen der Versorgung innerhalb dieses engen Rahmens eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Diese Regeln engen Innovationen jedoch stark ein.
- ▶ In allen Szenarios gilt es zu zeigen, wie ein idealtypisch organisiertes Genossenschaftsmodell einen Beitrag zur Bewältigung der Herausforderungen leisten kann.

DROHENDER NOTSTAND IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN LÄNDLICHEN REGIONEN UND DER BEGRIFF DER „KATASTROPHE“

Handelt es sich bei einem Zusammenbruch der vertragsärztlichen Versorgung um eine Katastrophe im rechtlichen Sinne?

Da es in den nächsten Jahren voraussichtlich zu großen Problemen bei der ambulanten Versorgung in verschiedenen ländlichen Regionen kommen wird, liegt es nahe, diesbezüglich von einer Katastrophe zu sprechen. Allerdings muss man zwischen einer umgangssprachlichen Katastrophe und einer Katastrophe gemäß der gesetzlichen Definition des Katastrophenbegriffs differenzieren. Sofern eine Unterversorgung als Katastrophe im rechtlichen Sinne interpretiert werden kann, würden sich daraus rechtliche Folgen ergeben.

Voraussetzungen für die Definition als Katastrophe

- ▶ Bei einem Zusammenbruch der vertragsärztlichen Versorgung ist davon auszugehen, dass Leben und Gesundheit der Bevölkerung gefährdet werden, man kann also von einem Schadensereignis sprechen.
- ▶ Gemäß Definition muss eine Katastrophe plötzlich auftreten; dies erscheint mit Blick auf eine langfristige demographische Entwicklung schwierig. Doch die flexible Anwendung im Kontext der Corona-Pandemie könnte ein Indiz darstellen, dass es auch Ausnahmen hiervon geben kann.
- ▶ Die Definition einer Katastrophe benötigt eigentlich auch Koordinierungsbedarf über mehrere Behörden, was in diesem Fall nicht gegeben scheint.

Mögliche Folgen der Definition als Katastrophe

- ▶ Die Kreisverwaltungsbehörden, zu denen auch die Kommunen gehören, können als Katastrophenschutzbehörde agieren und haben besondere Befugnisse.
- ▶ Im Rahmen der Maßnahmen könnten z.B. auch Vertragsärzte in Anspruch genommen bzw. verpflichtet werden. Diese Ärzte haben ggf. Anspruch auf Entschädigung.
- ▶ Eine Genossenschaft könnte einen entsprechend organisierten Kooperationspartner für die Kommune darstellen.
- ▶ Zu prüfen wäre, ob die Kommune, die Ärzte entschädigt, dadurch Ansprüche gegenüber den Krankenkassen (GKV) geltend machen könnte; alternativ wäre denkbar, dass die Versicherten sich die Leistungen selbst beschaffen – also erst eine Rechnung beim Arzt bezahlen und daraufhin einen Erstattungsanspruch bei ihrer Krankenkasse haben. Die in beiden Fällen zu erwartenden Auseinandersetzungen stellen – selbst wenn rechtlich am Ende nicht haltbar – für Krankenkassen kein attraktives Szenario dar.

Es kann nicht abschließend festgestellt werden, ob es sich bei einem Notstand in der vertragsärztlichen Versorgung um eine Katastrophe handelt. In diesem Fall hätten die Kommunen besondere Befugnisse, die hinsichtlich der Handlungsoptionen in Bezug auf die GKV in verschiedener Hinsicht juristisch strittig wären.

Herausgeber**RHÖN STIFTUNG**

Eugen und Ingeborg Münch
Salzburger Leite 1 | Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34

kontakt@rhoen-stiftung.de

www.rhoen-stiftung.de

Erscheinungsdatum

September 2025

Verantwortlich für den Inhalt

Autoren: Lars Neuffer, Philipp Leibinger und Prof. Andreas Schmid

Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Thomas Vollmöller und Dr. Christian Zschocke

Gestaltung

Sonja März

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Rhön Stiftung ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als
Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64