**Transformation der regionalen Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum - Strategieansätze für die Erweiterung des Leistungsportfolios genossenschaftlicher Modelle**

Immer mehr Kommunen stehen vor der Herausforderung, die regionale Infrastruktur verschiedener sozialer Versorgungsleistungen aufrecht zu erhalten. Neben dem gemeinnützigen Betrieb von Sport- und Freizeitzentren sowie Bildungs-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist insbesondere die flächendeckende medizinische Versorgung vom Wegfall bedroht.

Die Daseinsvorsorge gilt jedoch nach wie vor als eine der Kernaufgaben kommunaler Entscheidungsträger, zumal diese für die Bereitstellung stationärer Versorgung verantwortlich sind. Dennoch zeichnet sich vor allem in der ländlichen Verfahrenspraxis ab, dass überwiegend kommunalgetragene stationäre Einrichtungen kaum noch wirtschaftlich betrieben werden können und somit deren Existenz bedroht ist. Die Folge: Finanzielle Haushaltsdefizite; fehlende Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinde; Bevölkerungsabwanderung und eine Welle von Privatisierungsaktivitäten, die den Boden der sozial-medizinischen Flächenversorgung sähen.

Nach aktueller Rechtsprechung wird den vorgenannten Körperschaften zusätzlich eine Auffangposition zur ambulanten Versorgung im Falle von medizinischen Versorgungsengpässen zugesprochen. Es vollzieht sich demnach ein Trend zur Verlagerung des sog. Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die jeweiligen Kommunen. Die Übernahme der ambulanten Gesundheitsversorgung stellt eine neue, nahezu unlösbare Herausforderung für die kommunalen Entscheidungsträger dar, welche bislang nicht auf deren Agenda stand.

Neben vereinzelten Versuchen, Ärzte mit sog. „Fangprämien“ in die Regionen zu locken, leiten die Kommunen ihre exekutive Verantwortung insbesondere auf die „eigenen“ lokalen stationären Einrichtungen über, denen aufgrund ihrer Unternehmensinfrastruktur eine Schlüsselfunktion zur ambulant-stationären Verzahnung zugeschrieben wird. Schließlich sind die Generierung von Patientenzuweisungen sowie die Aufrechterhaltung ambulanter Versorgungsstrukturen existenziell für den Fortbestand stationärer Einrichtungen.

So kontestieren die meist selbst wirtschaftlich angeschlagenen und mit Investitionsstau belasteten Krankenhäuser nicht nur mit ihren stationären Aufgabenstellungen, sondern müssen nun auch in der Lage sein, den hoch komplexen Markt der ambulanten Versorgung zu bedienen. Geprägt von einem hierarchisch getriebenen Ansatz erfolgten bundesweit zahlreiche Gründungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), welche den stationären Leistungserbringern erlauben, sich von ihrem originären Geschäftsfeld, der stationären Versorgung, in ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen auszudehnen. Nach einer anfänglichen Zeit der „intersektoralen Vollversorgereuphorie“ einrichtungsgeleiteter Interessensvertretungen folgte die ökonomische Ernüchterung. Neben Defiziten im systemorganisatorischen und finanziellen Management, fehlendem „ambulanten Einfühlungsvermögen“ und Nachbesetzungsproblematiken war es schließlich die Erkenntnis, dass sich der unternehmerische, selbstbestimmte, arbeitsaufopfernde und erfolgsgeleitete Vertragsarzt, abstammend aus der „Generation Babyboomer“, nicht in starre, diktatorische und selbstverwirklichungsfreie Unternehmensstrukturen einbinden lässt. Als substituierender Beleg hierfür stehen all jene Versorgungszentren, deren Trägerschaft und Betriebsführung in ärztlicher Verantwortung geführt werden und einer ökonomischen Fitness obliegen.

Es bleibt festzuhalten, dass stationäre Einrichtungen überwiegend noch nicht in der Lage sind, die neuartigen ambulanten Versorgungsmodelle an der Schnittstelle stationärer Versorgung unter Einbezug einer vitalen Unternehmensführung zu initiieren bzw. zu organisieren. Gerade vor dem Hintergrund einer sich ändernden demographischen und sozialen Gesellschaft ist die Berücksichtigung „ambulanter Spielregeln“ und deren intersektorale Mediation für den (medizinisch-ökonomischen) Fortbestand regionaler Versorgungsstrukturen unerlässlich.

Spätestens im Jahre 2020 werden sich ambulante Versorgungsstrukturen konzentriert in oligopolartigen Organisationsformen vollumfänglich abzeichnen. Angetrieben wird dieses Szenario durch den anhaltenden Ärztemangel, einer neu aufgesetzten Bedarfsplanung, dem Aussterben des ärztlichen Unternehmertums und dem Wunsch einer nachkommenden – überwiegend weiblichen – „Ärztegeneration Y“, welche die kompromisslose Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen sowie -bedingungen einfordert.

Die Zeit der ländlichen Einzelpraxis ist vorbei. Künftig werden 20 % der ambulanten Leistungserbringer rund 80 % des ambulanten Marktes beherrschen. Im Gegensatz zu dem „topdown-geleiteten“ Versorgungsansatz der Krankenhäuser entsteht folglich eine gesteuerte aufwärtsgetriebene Bewegung („bottomup“), welche einen maßgebenden Effekt auf die regionale Systemführerschaft und deren Neuordnung haben wird. Ambulante Versorgungsdienstleister werden so in der Lage sein, einzelne Fachabteilungen von Krankenhäusern zu übernehmen und diese entlang der Versorgungskette neu zu definieren. Es generieren sich hieraus wertvolle Chancen für den stationären Bereich kommunaler Krankenhäuser, da der „bottomup“-getriebene Versorgungsansatz ein zukunftsfähiges Konkurrenzmodell zur klassischen, derzeit anhaltenden Privatisierungswelle darstellt. Darüber hinaus könnte hierin der Schlüssel für die Wettbewerbsfähigkeit einer ganzen Region verborgen sein.

Beteiligte Gesundheitseinrichtungen und insbesondere Kommunen, in ihrer neugewonnen Funktion als intersektoraler Versorgungsdienstleister, müssen demnach zwangsläufig eine Harmonisierungsstrategie verfolgen, um die Zukunftsfähigkeit einer regionalen Gesundheitsversorgung und die Wettbewerbsfähigkeit der Gemeinden sicherzustellen.

Es gilt demnach, die Wertschöpfungskette einer regional organisierten Gesundheitsversorgung zwischen stationären und ambulanten Strukturen neu zu denken. Dazu bedarf es einer eigenständigen, regionalen Dienstleistungsinstanz, welche nicht nur die Adaption einer „topdown“- bzw. „bottomup“- getriebenen Interessensgemeinschaft darstellt, sondern welche auch in der Lage ist, die generationsübergreifende Mediation und Interaktion aller regionalen Gesundheitsdienstleister in holistischer Interessensvertretung abzubilden.

Das sich dadurch ergebende Leistungsportfolio beinhaltet die ambulant-stationäre Versorgungssteuerung (inkl. der Steuerung delegativer Leistungsverlagerung), die Qualifizierung und Weiterbildung von ärztlichem sowie nicht-ärztlichem Personal, die generationsübergreifende Mediation sowie der daraus resultierenden Strukturierung der innerbetrieblichen Ablauf- und Aufbauorganisation, die Steuerung von Betreuungsleistungen und der Einführung innovativer Kommunikationstechnologien. Zudem könnte die Regionalinstanz als Plattform für die vom Gesetzgeber auferlegten „regionalen Gesundheitskonferenz“ fungieren. Somit ist der wirtschaftsdemokratische Einbezug und die finanzielle Beteiligung aller engagierten, regionalen Akteure (wie bspw. Kommune, Unternehmen, Gesundheitsdienstleister, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Ehrenamt, Sozialdienst) mit deren individuellen Bedürfnissen unerlässlich.

Getreu dem Leitgedanken „Was einer [der Akteure] nicht schafft, dass schaffen viele!“, zeichnet sich die genossenschaftliche Modellform als *das* zukunftsweisende Konzept für die Erhaltung einer bürgernahen, regionalen Gesundheitsversorgung ab. Im Sinne der Selbstverantwortung bzw. Selbstverwaltung könnte somit die passgenaue Koordination jener Dienstleistungen erfolgen. Der tradierte Fortbestand von Genossenschaften anderer Branchen belegt das Erfolgsmodell.

Die Neuordnung medizinischer Versorgungstrukturen erweist sich dabei für die VR-Banken als vertikale Diversifikation des Geschäftsfeldes und bietet einen innovativen Ansatz zur Erweiterung des bestehenden Leistungsportfolios innerhalb des genossenschaftlichen Verbunds. Für Kunden bedeutet dies eine Konkretisierung des subsidiären Leistungsaustausches zwischen den jeweiligen Verbundpartnern sowie der damit einhergehenden (über)regionalen Mehrwertgenerierung in der Gemeinde. Infolge der strukturierten Bestandsausweitung (Spar- und Kreditkunde) werden zudem weitere Finanzgeschäfte sowie Servicestrukturen ermöglicht bzw. ausgebaut. Mitarbeiter und deren Familienangehörige profitieren von einer koordinierten betrieblichen Gesundheitsförderung mit individuellen Betreuungsangeboten. Darüber hinaus bewirbt das Thema „Gesundheit“ das Interesse weiterer bislang unerreichter Zielgruppen.

„Wer frühzeitig intelligent organisiert und vernetzt, gewinnt als Dienstleister Vorsprung!“