



Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft der Region Ostwestfalen-Lippe

Dissertation
zur Erlangung des Grades Dr. rer. pol.
an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der
Universität Paderborn

vorgelegt von
Britta Martina Gohs

Paderborn 2005

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation und Erkenntnisziele der Arbeit	1
1.2 Aufbau der Arbeit	3
1.3 Definition der Gesundheitswirtschaft	6
2 Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft	8
2.1 Vorbemerkung	8
2.2 Besonderheiten von Gesundheitsgütern als Ursache von Marktversagen	9
2.3 Gerechtigkeit in der Gesundheitswirtschaft	15
2.4 Marktversagen und mangelnde Gerechtigkeit als Begründungen für staatliche Regulierung	15
2.5 Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung	29
2.6 Zwischenfazit	35
3 Gesetzliche Maßnahmen zur Förderung einer einrichtungsübergreifenden Gesundheitsversorgung	36
3.1 Vorbemerkung	36
3.2 Förderung einer einrichtungsübergreifenden Gesundheitsversorgung vor dem Jahr 2000: Einführung einer integrierten Versorgung	36
3.3 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom Jahr 2000 zur Integration der ambulanten und stationären Versorgung	38
3.3.1 Die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz angestrebten Ziele	38
3.3.2 Das Konzept der integrierten Versorgung	38
3.3.3 Gesetzliche Vorgaben zur integrierten Versorgung vom Jahr 2000	41
3.3.4 Verwirklichung des Konzeptes der integrierten Versorgung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom Jahr 2000	43

3.4	Das GKV-Modernisierungs-Gesetz vom Jahr 2004 zur Erweiterung der einrichtungsübergreifenden Gesundheitsversorgung	45
3.4.1	Erweiterung der Integrierten Versorgung	45
3.4.2	Medizinische Versorgungszentren als neue Kooperationsform	50
3.5	Zwischenfazit	54
4	Charakterisierung der Region Ostwestfalen-Lippe	55
4.1	Regionale Besonderheiten	55
4.2	Entwicklung der Gesundheitswirtschaft	56
4.3	Die Wirtschaftsstruktur	61
4.4	Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft	63
4.5	Ausbildungsangebot und -nachfrage in der Gesundheitswirtschaft	66
4.6	Umsätze der Gesundheitseinrichtungen	67
4.7	Regionale und überregionale Gesundheitsversorgung	70
4.8	Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen	76
4.9	Zwischenfazit	80
5	Empirische Untersuchung der Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft der Region Ostwestfalen-Lippe	81
5.1	Erhebungsmethodik und Abgrenzung der Grundgesamtheit	81
5.2	Aufbau der Fragebögen und Interviewleitfäden	84
5.3	Ergebnisse der Befragung	88
5.3.1	Rücklaufquoten und Repräsentativität	88
5.3.2	Allgemeine Angaben der befragten Gesundheitseinrichtungen	91
5.3.3	Kooperationen und Netzwerke bei der Beschaffung	103
5.3.4	Kooperationen und Netzwerke in einzelnen Funktionsbereichen	112
5.3.4.1	Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen	114
5.3.4.2	Forschung und Entwicklung	124
5.3.4.3	Aus- und Weiterbildung	129
5.3.5	Besonderes Engagement in Kooperationen und Netzwerken auf regionaler und überregionaler Ebene	132
5.4	Zwischenfazit	135

6	Potenziale von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft	137
6.1	Gründe für Handlungsbedarf in der Region Ostwestfalen-Lippe	137
6.2	Handlungsempfehlungen für die Region Ostwestfalen-Lippe	144
6.2.1	Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit durch Kooperationen und Netzwerke	144
6.2.2	Überregionale Kooperationen und Netzwerke zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern	145
6.2.3	Integrierte Versorgung durch Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser	147
6.2.4	Kooperationen und Netzwerke zwischen dem stationären und ambulanten Sektor	149
6.2.5	Kooperationen und Netzwerke mit Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft	152
6.2.6	Leistungsausrichtung der Region Ostwestfalen-Lippe	152
6.2.7	Marketing für die Region Ostwestfalen-Lippe	160
6.3	Implementierung von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft: Das Kooperationsphasen-Modell	163
6.3.1	Initialisierungsphase	165
6.3.1.1	Umfeldbezogene Voraussetzungen für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken	166
6.3.1.2	Einrichtungsbezogene Voraussetzungen für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken	168
6.3.2	Konfigurationsphase	171
6.3.2.1	Auswahl der Kooperationspartner	172
6.3.2.2	Gestaltung von Kooperationsverträgen	178
6.3.3	Designphase	181
6.3.3.1	Gestaltung des Netzwerkmanagements	182
6.3.3.2	Organisation der gemeinsamen Leistungserbringung	184
6.3.3.3	Gemeinsames Qualitätsmanagement	187
6.3.3.4	Gemeinsames Kommunikationssystem	189
6.3.3.5	Gestaltung der Kooperations- und Netzwerkkultur mit Unterstützung der Mitarbeiter	191
6.3.4	Betriebsphase	193
6.3.5	Rekonfigurationsphase	194
6.3.6	Zwischenfazit	195

6.4	Fallbeispiele für Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe	196
6.4.1	Gemeinsame Gesundheitsversorgung durch ambulante Einrichtungen: Das Ärztenetzwerk „Medizin und Mehr“	196
6.4.2	Gemeinsame Aus- und Weiterbildung durch Krankenhäuser: Die „Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen“	206
6.4.3	Gemeinsame Erstellung und Vermarktung von Gesundheits- dienstleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen: Die „Bauernbäder am Teutoburger Wald“	212
6.5	Zwischenfazit	227
7	Zusammenfassung	229
	Literaturverzeichnis	238
	Verzeichnis der Internetquellen und sonstigen Quellen	256
	Anhang	259

Abbildungsverzeichnis

	Seite
1	Gegenwärtiges duales Krankenhaus-Steuerungssystem 25
2	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal) 1992 bis 2002 32
3	Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung 41
4	Geografische Lage der Region OWL 55
5	Standorte der Heilbäder und Kurorte in NRW 56
6	Umsatzsteuerpflichtige und Umsatz in der Gesundheitswirtschaft in OWL im Verhältnis zu NRW 1996 – 2001 69
7	Anteil der Krankenhäuser in OWL im Verhältnis zu NRW 1992 – 2001 71
8	Anteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW 1994 – 2001 72
9	Bevölkerungsprognose für NRW 1998 – 2015 78
10	Standorte der Einrichtungen von Trägern mit mehreren Einrichtungen in Prozent 91
11	Art der Träger in Prozent 92
12	Einrichtungen gruppiert nach Betten-/Platzzahlen in Prozent 94
13	Beschäftigte insgesamt in Prozent 95
14	Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in einzelnen Qualifikations- gruppen (berechnet mit dem Median) 96
15	Umsätze der Einrichtungen in Prozent 98
16	Patienten-Einzugsgebiete der verschiedenen Einrichtungen in Prozent 99
17	Änderung der Patienten-Einzugsgebiete in Prozent (2001/02 und 2004/05) 100
18	Überregional attraktive Leistungen für Patienten in Prozent 101
19	Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in Prozent 103
20	Entwicklung des Einkaufs von Gebrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05) 107
21	Entwicklung des Einkaufs von Verbrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05) 108
22	Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05) 109
23	Intensität der Kooperationen in OWL (arithmetische Mittel) 113
24	Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Erstellung von

	Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05)	114
25	Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Forschung und Entwicklung in Prozent (2001/02 und 2004/05)	124
26	Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Aus- und Weiterbildung in Prozent (2001/02 und 2004/05)	129
27	Kooperationsbereiche, in denen sich die Einrichtungen in OWL in besonderem Maße engagieren (in Prozent)	132
28	Bereiche mit nennenswerten Kooperationen außerhalb von OWL in Prozent	134
29	Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio	158
30	Kooperationsphasen	165
31	Voraussetzungen in der Initialisierungsphase	166
32	Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren in der Konfigurationsphase	171
33	Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren in der Designphase	181
34	Organisationsstruktur des Ärztenetzwerks „Medizin und Mehr“	201
35	Modell einer integrierten Versorgung	203

Tabellenverzeichnis

	Seite
1 Anteile der Erwerbstätigen in den drei Wirtschaftssektoren in OWL im Verhältnis zu Deutschland 2001	61
2 Bruttowertschöpfung (in Euro) je Erwerbstätiger in den drei Wirtschaftssektoren in OWL im Verhältnis zu Deutschland 2001	62
3 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Gesundheitsberufen im Verhältnis zu allen Beschäftigten in OWL 2001	64
4 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in OWL 2002	65
5 Umsatzsteuerpflichtige und Umsatz in der Gesundheitswirtschaft in OWL im Verhältnis zu NRW 1996 – 2001	68
6 Versorgung durch Krankenhäuser in OWL im Verhältnis zu NRW (Jahresdurchschnitt 2001)	71
7 Versorgung durch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Jahresdurchschnitt 2001)	73
8 Versorgung durch stationäre Pflegeeinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Stichtag 31.12.2002)	74
9 Betreute Pflegebedürftige in stationären und ambulanten Pflege- einrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Stichtag 31.12.2001)	75
10 Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen von OWL 1998 – 2020	77
11 Zeitliche Abfolge der empirischen Untersuchung	82
12 Einkaufsbeziehungen der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Prozent (arithmetische Mittel)	105
13 Gründe für den Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen in OWL	110
14 Gründe, die Kooperationen in OWL verhinderten (arithmetische Mittel)	133

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungs-Gesetz (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung)
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
IHK	Industrie- und Handelskammer
IT	Informationstechnologie
IWW	Institut für Wirtschaftspublizistik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDS NRW	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Bezeichnung nicht mehr aktuell)

MGSFF NRW	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation und Erkenntnisziele der Arbeit

Die deutsche Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine sektorale Versorgung aus, bei der der stationäre und der ambulante Sektor unterschiedliche Organisations-, Vertrags- und Vergütungsstrukturen aufweisen. Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft, die vor allem durch die demografische Entwicklung, den medizinisch-technischen Fortschritt und die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung ausgelöst wurden, führten insbesondere in den 1990er Jahren dazu, dass die Gesundheitsversorgung Effektivitäts- und Effizienzverluste aufwies. Die mangelnde Abstimmung an den Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung führte zu einem medizinischen Wirkungsverlust und zur ineffizienten Nutzung von Ressourcen. Infolgedessen stiegen die Gesundheitsausgaben kontinuierlich an, ohne dass eine entsprechende Verbesserung des Versorgungsniveaus erreicht wurde.

Gesundheitspolitische Reformen geschahen daher zum einen unter der Zielsetzung, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Qualitätsmängel bei der Gesundheitsversorgung wurden vor allem auf unzureichende Kooperationen und Netzwerke zwischen den Gesundheitseinrichtungen – also auf eine unzureichende einrichtungsübergreifende Versorgung – zurückgeführt. Daher sollte durch gesundheitspolitische Reformen eine Intensivierung der Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, erreicht werden.

Zum anderen war neben einer Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung die Anpassung der Gesundheitsausgaben an das Versorgungsniveau ein weiteres Ziel der Gesundheitspolitik. Durch die Reformen wurden beispielsweise Einsparungen im Bereich der stationären Rehabilitation beabsichtigt, die sich insbesondere auf die Heilbäder und Kurorte auswirkten. So kam es Ende der 1990er Jahre zu einem starken Rückgang der Auslastungen stationärer Rehabilitationseinrichtungen, einem entsprechenden Beschäftigungsabbau und damit verbunden zu einem starken Wettbewerb zwischen den Heilbädern und Kurorten.

Wettbewerb kann als ein dynamischer Prozess verstanden werden, bei dem es zu einem ständigen Vorstoßen, Nachziehen und Überholen zwischen den Wettbewerbern kommt, sodass Innovationen und Imitationen gleichzeitig ablaufen. Es wird daher in der Literatur von „dynamischem Wettbewerb“ gesprochen (Literaturüberblick siehe

Delhaes/Fehl 1997: 40-43). In einigen Märkten, so auch in der Gesundheitswirtschaft, wird der dynamische Wettbewerb durch staatliche Eingriffe, beispielsweise Gesundheitsreformen, beeinflusst.

In der vorliegenden Arbeit wird daher untersucht, aus welchen Gründen in der Gesundheitswirtschaft staatliche Eingriffe erfolgen und wie sich diese auf die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken auswirken. Von Interesse ist weiterhin, inwiefern Kooperationen und Netzwerke dazu beitragen, zum einen die Gesundheitsversorgung zu verbessern und zum anderen die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen zu steigern.

Als Kooperation wird im Allgemeinen die Zusammenarbeit zwischen rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Unternehmen oder Organisationen bezeichnet (Balling 1998: 12-28). In der vorliegenden Arbeit wird analog dazu die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, Institutionen und Organisationen der Gesundheitswirtschaft als Kooperation bezeichnet.

Bei Netzwerken handelt es sich dagegen um Kooperationsformen, bei denen eine Mehrzahl (mehr als zwei) rechtlich und wirtschaftlich unabhängige Unternehmen oder Organisationen zusammenarbeiten (Dibbern 2002: 91-101). Dementsprechend werden Netzwerke in der vorliegenden Arbeit als eine Kooperation mit mehr als zwei Einrichtungen, Institutionen und/oder Organisationen der Gesundheitswirtschaft angesehen. Wenn Kooperationen genannt werden, so sind damit auch Netzwerke gemeint. Wenn die Zusammenarbeit von mehr als zwei Einrichtungen, Institutionen und/oder Organisationen betrachtet wird, so wird von Netzwerken gesprochen.

Erkenntnisse über Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft werden in dieser Arbeit anhand einer empirischen Untersuchung gewonnen. Als Untersuchungseinheit wird die Region Ostwestfalen-Lippe ausgewählt, die seit etwa 150 Jahren als bedeutende Gesundheits- und Tourismusregion in Nordrhein-Westfalen angesehen wird. Die Gesundheitswirtschaft ist mit 98.000 Beschäftigten (Stand 2005) die Branche mit der größten Beschäftigtenzahl in der Region Ostwestfalen-Lippe. Sie hat sich in den letzten Jahren zu einer Branche mit erheblichem Wachstums- und Innovationspotenzial entwickelt. Die Region lag mit ihrem Beschäftigungszuwachs zwischen den Jahren 1999 und 2003 über dem Landesdurchschnitt von Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW 2005: 5, 95). Sie besitzt aufgrund ihrer gesundheitsorientierten und

karitativen Tradition sowie der Vielzahl an Heilbädern und Kurorten eine umfassende Versorgungsinfrastruktur. Ungefähr acht Prozent der Heilbäder und Kurorte Deutschlands befinden sich in Ostwestfalen-Lippe (IHK Lippe zu Detmold 2004). Einer Untersuchung von Hartmann (2002: 210 f.) zufolge ist Ostwestfalen-Lippe die Region mit der höchsten Konzentration an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Dementsprechend führten die Einsparungen im Bereich der stationären Rehabilitation Ende der 1990er Jahre zu einschneidenden Veränderungen in der Region. Von Interesse ist daher, wie die Gesundheitswirtschaft in der Region auf diese Veränderungen bisher reagierte und welcher Handlungsbedarf zukünftig noch besteht.

Die Region Ostwestfalen-Lippe wird in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich ihrer Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft untersucht. Aufbauend auf der Darstellung vorhandener Kooperationen und Netzwerke und deren Analyse werden Ursachen für den Handlungsbedarf aufgezeigt und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet, die der Weiterentwicklung des Leistungsangebotes und der Profilierung der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes dienen.

Für die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken zwischen Gesundheitseinrichtungen sind deren Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren zu identifizieren. Diese Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren sollen nicht nur für die Region Ostwestfalen-Lippe Gültigkeit besitzen, sondern für die Gesundheitswirtschaft im Allgemeinen. Die erfolgreiche Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken trägt entscheidend dazu bei, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und gleichzeitig die dynamische Wettbewerbsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zur Untersuchung der Kooperationen und Netzwerke sind in einem ersten Schritt die Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft darzustellen. In Kapitel 2 wird aufgezeigt, aufgrund welcher Besonderheiten es zu staatlichen Eingriffen in der Gesundheitswirtschaft kommt und welche Anreize diese für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken bieten.

In Kapitel 3 wird näher beleuchtet, welche Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft insbesondere seit den 1990er Jahren zu Gesundheitsreformen führten, die Anreize für die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken boten. Die Entwicklung

völlig neuer Kooperationsformen wurde durch die Gesetzgebungen in den Jahren 2000 und 2004 ermöglicht.

Darauf aufbauend folgt in Kapitel 4 eine Charakterisierung der Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe und der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in der Region seit den 1990er Jahren. Dabei werden die stationären und teilstationären Leistungserbringer, das heißt die Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen, sowie die ambulanten Leistungserbringer anhand ihrer wichtigsten Kennzahlen vorgestellt.

Um die Bedeutung der Kooperationen und Netzwerke für die Gesundheitsversorgung und für die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Region Ostwestfalen-Lippe zu untersuchen, wird eine empirische Erhebung durchgeführt, die sich aus einer schriftlichen Befragung sowie mündlichen Expertenbefragungen zusammensetzt. Da die stationären, teilstationären und ambulanten Leistungserbringer – das heißt die Krankenhäuser, die Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sowie die niedergelassenen Ärzte – den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft darstellen, finden ihre Kooperationen und Netzwerke untereinander bei der schriftlichen Erhebung besondere Beachtung. Daneben werden auch Kooperationen und Netzwerke der stationären und ambulanten Leistungserbringer mit der Vorleistungs- und Zulieferindustrie, mit Institutionen und Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, mit staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen sowie mit den Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft berücksichtigt. Bei den Nachbarbranchen handelt es sich um Branchen, die komplementäre Dienstleistungen anbieten, wie beispielsweise Gesundheitstourismus, Wellness oder auch Sport und Freizeit.

Die übrigen Bereiche der Gesundheitswirtschaft, die nicht zu deren Kernbereich zählen, werden anhand der mündlichen Expertenbefragungen erfasst. Bei den Experten handelte es sich um Vertreter von stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen, von Einrichtungen der Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft, von Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, von Herstellern von Gesundheitsprodukten, von Krankenkassen und von der Kassenärztlichen Vereinigung. Es werden vertikale und horizontale Kooperationen und Netzwerke sowohl auf regionaler als auch auf überregionaler Ebene hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Intensität erfasst.

Je nachdem, welche Gesundheitseinrichtungen in Kooperationen und Netzwerke eingebunden sind, kann zwischen horizontalen und vertikalen Kooperationen und Netzwerken unterschieden werden. Horizontale Kooperationen und Netzwerke finden nur innerhalb eines Gesundheitssektors statt, also z. B. zwischen niedergelassenen Ärzten in Form von Ärztenetzwerken. Vertikale Kooperationen finden dagegen zwischen Gesundheitseinrichtungen verschiedener Sektoren statt, z. B. zwischen Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten.

Da die Gesundheitswirtschaft einem starken Wandel unterliegt, wird ein Zeitraum von fünf Jahren zugrunde gelegt, durch den sowohl Erfahrungen der Leistungserbringer aus der jüngsten Vergangenheit als auch deren Einschätzungen weiterer Entwicklungen in die Untersuchung eingebracht werden können. Insbesondere wird die Intensität der Kooperationen und Netzwerke in den Funktionsbereichen Beschaffung, Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung erfragt. Die Erfassung der einzelnen Funktionsbereiche ermöglicht eine Analyse des konkreten Handlungsbedarfes in der Region Ostwestfalen-Lippe. Die Ergebnisse der Erhebung werden in Kapitel 5 präsentiert.

Die Gründe für einen Handlungsbedarf in der Region Ostwestfalen-Lippe werden in Kapitel 6 analysiert. Darauf aufbauend werden Handlungsempfehlungen entwickelt, die die Bedeutung von Kooperationen und Netzwerken für die Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe aufzeigen. Es werden diejenigen Kooperationsformen und Leistungsausrichtungen identifiziert, die die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Region fördern und zu ihrer Profilierung beitragen.

Für die erfolgreiche Umsetzung der Handlungsempfehlungen wird ein Kooperationsphasen-Modell von Mühlbacher (2004: 100-107) vorgestellt, das in dieser Arbeit erstmals auf Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes übertragen wird und zur Orientierung für andere Regionen dienen kann. Das Kooperationsphasen-Modell ist ein dynamisches Modell, bei dem der zeitliche Entwicklungsprozess von Kooperationen und Netzwerken von ihrer Initialisierung bis zu ihrer Rekonfiguration (der Neustrukturierung bzw. Auflösung) Berücksichtigung findet. Es wird aufgezeigt, welche Faktoren für die erfolgreiche Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken in den einzelnen zeitlichen Phasen Bedeutung besitzen.

Zur Veranschaulichung der Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren werden Fallbeispiele für erfolgreiche Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe präsentiert. Abschließend erfolgt in Kapitel 7 die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

1.3 Definition der Gesundheitswirtschaft

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Gesundheitswirtschaft“ anstelle des Begriffs „Gesundheitswesen“ gewählt, da diese Branche unter wirtschaftlichen Aspekten beleuchtet wird. Der Betrachtung wirtschaftlicher Aspekte kommt aufgrund des hohen Beschäftigtenanteils und -zuwachses in der Region Ostwestfalen-Lippe eine besondere Bedeutung zu. Der Versorgungsaspekt der Gesundheitswirtschaft und dessen Förderung durch Kooperationen und Netzwerke wird bei der Nutzung dieses Begriffs ebenfalls einbezogen.

Zur Analyse der Kooperationen und Netzwerke kann die Gesundheitswirtschaft funktionell und institutionell beschrieben werden. Die institutionelle Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft umfasst alle Einrichtungen und Personen, denen die Aufgabe der Gesundheitserhaltung oder -verbesserung zukommt (Mühlbacher 2002: 49). Die funktionelle Abgrenzung umfasst das Leistungsgeschehen. Nach Henke und Hesse (1999: 249) sind die Teilfunktionen Prävention und Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, gesundheitsbezogene Forschung und Entwicklung sowie Aus- und Weiterbildung zu unterscheiden. Darunter fällt auch die Absicherung des Krankheitsrisikos durch die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung.

In der vorliegenden Arbeit wird zur Untersuchung der Kooperationen und Netzwerke sowohl eine institutionelle als auch eine funktionelle Abgrenzung vorgenommen. Die institutionelle Abgrenzung dient der Beantwortung der Fragestellung, welche Gesundheitseinrichtungen, Institutionen und Organisationen in Ostwestfalen-Lippe in Kooperationen und Netzwerke eingebunden sind. Dabei stellen die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung – das heißt die Krankenhäuser, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Pflegeeinrichtungen sowie die niedergelassenen Ärzte – den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft dar. Wenn in der vorliegenden Arbeit von Reha-Einrichtungen gesprochen wird, so sind damit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gemeint. Die Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie das Gesundheitshandwerk und der Handel tragen mit ihren Produkten zur Gesundheitsversor-

gung bei, während Institutionen und Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie staatliche Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen Dienstleistungen wie z. B. Beratungstätigkeiten erbringen. Darüber hinaus finden in der vorliegenden Arbeit auch die Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft Berücksichtigung.

Aufbauend auf der institutionellen Abgrenzung werden die Funktionsbereiche abgegrenzt. Es wird untersucht, in welchen Funktionsbereichen die Gesundheitseinrichtungen kooperieren. In Anlehnung an Henke und Hesse (1999: 249) werden in dieser Arbeit die Teilfunktionen Erstellung von Dienstleistungen – worunter die Prävention und Gesundheitsförderung, die Behandlung, die Rehabilitation, die Pflege sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln fallen –, Forschung und Entwicklung sowie Aus- und Weiterbildung unterschieden. Darüber hinaus werden auch Kooperationen und Netzwerke untersucht, die der Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen dienen.

Die Einbeziehung sowohl der institutionellen als auch der funktionellen Abgrenzung ermöglicht es, einen Überblick über die Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu geben.

2 Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft

2.1 Vorbemerkung

Die Gesundheitswirtschaft weist einige Besonderheiten auf, die eine staatliche Regulierung rechtfertigen und Anreize für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken bieten. Auf diese Besonderheiten wird im Folgenden näher eingegangen. Bei der Betrachtung der Gesundheitswirtschaft wird im Allgemeinen zwischen verschiedenen Märkten unterschieden. Breyer und Zweifel (1999: 152) unterscheiden zwischen dem Markt für Gesundheitsgüter bzw. -leistungen (v.a. medizinische Leistungen) und dem Markt für private Krankenversicherungen. Eine andere, differenziertere Untergliederung nimmt Cassel (2004: 7 f.) vor. Er unterscheidet zwischen dem Versorgungsmarkt, dem Apothekenmarkt (Arzneimittelmarkt) und dem Versicherungsmarkt. Da sich die vorliegende Arbeit mit Kooperationen und Netzwerken der Leistungserbringer in der stationären und ambulanten Versorgung und deren Beeinflussung durch die Kostenträger beschäftigt, wird der Versorgungs- und Versicherungsmarkt beschrieben. Wenn im Folgenden vom „Markt“ oder „Gesundheitsmarkt“ gesprochen wird, sind daher ausschließlich der Versorgungs- und der Versicherungsmarkt gemeint. Fragen des Arzneimittelmarktes betreffen nicht direkt Kooperationen und Netzwerke im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft – also in der stationären und ambulanten Versorgung – und werden daher in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. Es wird ausschließlich auf den Markt für gesetzliche Leistungen Bezug genommen, da der Markt für privat zu zahlende Leistungen eigene Besonderheiten aufweist und Eingriffe des Staates nur unter besonderen Bedingungen stattfinden (z. B. zur Qualitätssicherung). Die Begriffe „Gesundheitsgüter“ und „Gesundheitsleistungen“ werden synonym verwendet.

Im Folgenden werden zur Beurteilung des Gesundheitsmarktes Effizienzkriterien ebenso wie Gerechtigkeitskriterien herangezogen. Darauf aufbauend werden Instrumente der staatlichen Regulierung aufgezeigt, die für einen Ausgleich von Marktversagen und für Gerechtigkeit in der Gesundheitswirtschaft sorgen. In diesem Zusammenhang wird die Rolle der Krankenkassen – insbesondere bei der Finanzierung der Gesundheitsleistungen – herausgestellt. Darüber hinaus wird dargestellt, aus welchen Gründen sich Kooperationen entwickeln. Anschließend werden die Veränderungen in der deutschen Gesundheitswirtschaft seit 1990 und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung beschrieben, die Reformen der staatlichen Regulierung erforderlich machten.

2.2 Besonderheiten von Gesundheitsgütern als Ursache von Marktversagen

Bei der Allokation von Gesundheitsgütern, insbesondere von medizinischen Leistungen, können erhebliche Abweichungen von marktwirtschaftlichen Prinzipien festgestellt werden. Diese Abweichungen werden im Allgemeinen damit begründet, dass Gesundheitsgüter besondere Merkmale aufweisen, die zum Marktversagen führen. Von Marktversagen wird gesprochen, wenn sich aufgrund der strukturellen Eigenschaften eines Marktes durch den Marktmechanismus ein Zustand, möglicherweise auch ein Gleichgewicht einstellen würde, bei dem es keine pareto-optimale Allokation gäbe (Basedow 2004: 8). Im Extremfall würden bestimmte Gesundheitsgüter gar nicht angeboten werden; ein Markt würde für sie nicht existieren. Ein Gleichgewicht wäre pareto-optimal, wenn dabei jeder Nachfrager seinen Nutzen und jeder Anbieter seinen Gewinn maximieren (bzw. seine Kosten minimieren) würde, ohne dass sich die Situation eines anderen Marktteilnehmers verschlechtert. Auf dem Markt würde vollkommene Konkurrenz herrschen und es würden marktfähige, private Güter zu Marktpreisen angeboten und nachgefragt werden (der Markt wäre also geräumt). Alle am Markt teilnehmenden Akteure würden die Marktpreise akzeptieren. Dies ist im Gesundheitsmarkt bei der Versorgung mit Gesundheitsgütern nicht der Fall. Bei Gesundheitsgütern handelt es sich somit um nicht marktfähige Güter (Breyer/Zweifel 1999: 151).

Das Marktversagen lässt sich auf mehrere Ursachen zurückführen (Breyer/Zweifel 1999: 151 f.):

- Gesundheitsgüter weisen den Charakter gemischt privat-öffentlicher Güter auf;
- der Konsum von Gesundheitsgütern ist mit externen Effekten verbunden;
- es besteht keine Konsumentensouveränität;
- es besteht keine vollkommene Markttransparenz;
- Gesundheitsgüter werden mit zunehmenden Skalenerträgen und/oder Verbundvorteilen erstellt.

Gesundheitsgüter als gemischt privat-öffentliche Güter

Gesundheitsgüter sind dadurch gekennzeichnet, dass bei ihrer Inanspruchnahme in der Regel keine Rivalität besteht; sie sind somit zumindest bis zum Erreichen von Kapazitätsengpässen „öffentliche Güter“. Wenn ein Patient Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, verringert sich dadurch nicht die Menge der Gesundheitsleistungen für andere Patienten. Dies ist beispielsweise bei der Belegung von Krankbetten der Fall. Ab einer bestimmten Anzahl der behandelten Patienten können allerdings Kapazitäts-

engpässe auftreten, sodass aus den Krankbetten „private Güter“ werden. Man spricht daher von „gemischt privat-öffentlichen Gütern“ (Breyer/Zweifel 1999: 153 f.).

Externe Effekte

Externe Effekte treten auf, wenn produktive Aktivitäten völlig Unbeteiligten nutzen oder schaden (siehe bspw. Basedow 2004: 8). Entstehen Nutzenwirkungen, so handelt es sich um „positive externe Effekte“. Bei der Entstehung von Schäden handelt es sich um „negative externe Effekte“. Durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern werden Nutzenwirkungen bei anderen Personen im Umfeld ausgelöst, also positive externe Effekte, ohne dass diese Personen sie entsprechend entgelten. Externe Effekte werden vom Markt nicht erfasst. Zum Beispiel führen Impfungen dazu, dass die Übertragung von Krankheiten reduziert wird. Sie haben damit einen positiven externen Effekt auf die Gesundheit der Mitmenschen. Beim Auftreten von positiven externen Effekten führt der Marktmechanismus im Allgemeinen nicht zu einer pareto-optimalen Allokation, da die Nutznießer dazu neigen, ihren eigenen Aktivitäten in einem zu geringen Umfang nachzugehen. Beispielsweise kann die Neigung bestehen, sich selbst nicht ausreichend impfen zu lassen (Basedow 2004: 8; Breyer/Zweifel 1999: 153). Die Preise der Gesundheitsgüter werden verzerrt. Der positive externe Effekt von Impfungen bewirkt, dass die Nachfrage nach weiteren Impfungen geringer ist als die Nachfrage, die ohne externen Effekt auftreten würde.

Externe Effekte und die Nicht-Geltung des Rivalitätsprinzips führen dazu, dass es bei einer rein marktwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung zu einer Unterversorgung mit Gesundheitsgütern käme (Möschel 2004: 281 f.). Dies lässt sich damit erklären, dass die Konsumenten Gesundheitsgüter, die durch andere Personen in Anspruch genommen werden, für ihre eigene Gesunderhaltung nutzen könnten, ohne diese selbst finanzieren zu müssen. Somit besteht der Anreiz, die Präferenzen für Gesundheitsgüter zu verbergen, in der Hoffnung, dass andere diese Güter in Anspruch nehmen und finanzieren (Trittbrettfahrer-Verhalten). Gesundheitsgüter würden somit nicht genügend nachgefragt werden. Entsprechend der zu geringen Nachfrage würde das Angebot von Gesundheitsleistungen durch die Privatwirtschaft quantitativ und qualitativ geringer ausfallen, als eigentlich notwendig wäre (Weise/Brandes/Eger/Kraft 2005: 417 f.). Somit würde eine Marktsituation entstehen, die nicht pareto-optimal wäre. Dies spricht dafür, „dass bestimmte Leistungserbringer vom Staat damit beauftragt werden, ein Angebot [...] zu gewährleisten, wobei der Staat die Finanzierung garantiert oder andere

Institutionen mit der Sicherstellung und Finanzierung beauftragt“ (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987: 125).

Konsumentensouveränität

Zum Marktversagen kommt es auch aufgrund fehlender Konsumentensouveränität. Konsumentensouveränität bedeutet, dass die Konsumenten unter den angebotenen Gütern unter rationalen Gesichtspunkten diejenigen aussuchen, die unter Berücksichtigung der damit verbundenen Kosten ihren Nutzen maximieren. Da Gesundheitsleistungen in der Regel im Krankheitszustand, eventuell sogar unter Lebensbedrohung in Anspruch genommen werden, kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen keine rationale Entscheidung getroffen wird. Darüber hinaus besteht bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eine hohe Gegenwartspräferenz, sodass zukünftigen Bedürfnissen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung und einer entsprechenden Vorsorge ein geringeres Gewicht beigemessen wird als gegenwärtigen Konsumbedürfnissen. Zukünftige Leiden werden unterschätzt. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich vor allem in späteren Lebensjahren, z. B. kommt es vermehrt zum Auftreten von Multimorbidität¹, sodass entsprechende Kosten für die Behandlung und Pflege anfallen. Aufgrund der fehlenden Konsumentensouveränität, durch die es zu keiner angemessenen Vorsorge in früheren Lebensjahren kommt, würden im Alter die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um privat für die Kosten aufzukommen.

Neben diesem zu engen Zeithorizont der Nachfrager können auch unzureichende Informationen oder eine mangelnde Ausbildung dazu führen, dass die Präferenzen der Nachfrager verzerrt sind. Die Nachfrager erreichen bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsgüter keinen maximalen Nutzen. Eine ungenügende Nachfrage kann zudem auf externen Effekten beruhen. Externe Effekte führen zum Trittbrettfahrer-Verhalten, sodass der Bedarf an Gesundheitsgütern nicht offenkundig gemacht wird. Die wahren und die geäußerten Präferenzen stimmen nicht überein (Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 14-16). Aus diesen Gründen käme es bei einer Allokation über den Markt zu einer systematischen Unterversorgung mit Gesundheitsgütern. Dies rechtfertigt staatliche Eingriffe (Musgrave, R.; Musgrave, P. B.; Kullmer, L. 1994: 89 f.).

Markttransparenz

Eine weitere wichtige Voraussetzung für Marktvollkommenheit ist die vollkommene Markttransparenz, also die vollkommene Information der Marktteilnehmer zu jedem

Zeitpunkt über die Qualitätseigenschaften und Preise der Güter (Weise/Brandes/Eger/Kraft 2005: 434). Die Nachfrager wären über Qualität und Preise der Gesundheitsgüter aller Anbieter auf dem Markt informiert. Dies ist nicht möglich, weil Erstellung und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen zeitlich zusammenfallen. Dieses Phänomen der Gleichzeitigkeit wird als „Uno-actu-Prinzip“ bezeichnet (Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 14 f.).

Vor der Inanspruchnahme können die verschiedenen Angebote oftmals nicht miteinander verglichen und ausprobiert werden. Vor allem bei schweren Krankheiten können im Vorhinein keine eigenen Erfahrungen gesammelt werden. Darüber hinaus sind die Erfahrungen anderer Nachfrager nicht ohne weiteres übertragbar, da sich die Krankheitsbilder unterscheiden. Häufig können die Nachfrager die Qualität der Leistungen auch nach ihrer Inanspruchnahme nicht beurteilen, da die Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht nur von der Behandlung, sondern auch von weiteren Einflussfaktoren abhängen kann.

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsgüter und ihre Beurteilung wird darüber hinaus stark von der individuellen Beziehung zwischen Anbieter und Nachfrager – also Arzt und Patient – beeinflusst. Die Anbieter haben den Nachfragern gegenüber hinsichtlich der Qualität der angebotenen Gesundheitsgüter in aller Regel einen Informationsvorsprung. Die Anbieter nehmen gegenüber den Patienten eine Doppelrolle als Diagnostiker und Therapeut (Berater der Patienten und „Verkäufer“) ein. Zwischen Anbietern und Nachfragern herrscht Informationsasymmetrie (Gries/Langeleh 2002: 1-5). Die Patienten sind über die Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen nicht vollkommen informiert und müssen sich auf das Urteil der Ärzte verlassen (Arrow 1985: 24-26; Breyer/Zweifel 1999: 158-160). Dies zeigt, dass sich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern von der Nachfrage nach anderen Gütern stark unterscheidet.

In einer Ärztebefragung durch die American Medical Association zeigte sich, dass die Ärzte eine Reihe von Standardtherapien im eigenen Krankheitsfall nicht anwenden würden, während sie am Patienten durchaus erbracht werden. Die Deutsche Röntgen-gesellschaft kam ihrerseits zu dem Ergebnis, dass, verglichen mit dem Ausland, in Deutschland jede dritte Röntgenuntersuchung überflüssig sei (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: Ziffer 242 f.).

¹ Als Multimorbidität wird das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer Person verstanden

Nach Weise/Brandes/Eger/Kraft (2005: 436) würde die unvollständige Information der Nachfrager bei einer Festlegung der Preise durch den Markt dazu führen, dass gute Qualität tendenziell durch schlechte Qualität verdrängt würde. Daher hat der Staat dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheitsgüter mit einem bestimmten Qualitätsstandard angeboten werden.

Betrachtet man auf der anderen Seite die Anbieter von Gesundheitsgütern hinsichtlich ihrer Informiertheit über die Nachfrage, so lässt sich feststellen, dass die Anbieter in der Regel im Unklaren darüber sind, zu welchem Zeitpunkt die Nachfrage auftritt, denn sie ist nicht konstant, sondern irregulär und nicht vorhersehbar. Eine Ausnahme bildet die Nachfrage nach präventiven Gesundheitsgütern bzw. -leistungen. Die Nachfrage im Krankheitsfall ist zudem mit dem Risiko verbunden, dass die Nachfrager die Gesundheitsgüter nicht selbst bezahlen können, da sie z. B. einen Einkommensausfall erleiden oder arbeitsunfähig werden (Arrow 1985: 23). Dieses Risiko erfordert eine staatliche Regulierung in Form einer Pflichtversicherung der Nachfrager.

Erstellung von Gesundheitsgütern mit economies of scale und economies of scope

Zur Erstellung von Gesundheitsgütern ist eine mindestoptimale Aggregats- bzw. Betriebsgröße erforderlich. Zum Beispiel müssen zur Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen Geräte und Instrumente angeschafft werden, die in der Regel teuer sind. Eine stetige Anpassung der Investitionen an die Nachfrage ist nicht möglich. Es existieren Unteilbarkeiten, sodass Geräte und Instrumente komplett angeschafft werden müssen. Beispielsweise erfordert die Anschaffung eines Computertomographen eine bestimmte Anzahl von Behandlungen zur Amortisation. Nach Arrow (1985: 30) ist dies insbesondere in dünn besiedelten Regionen für die Anbieter problematisch, da es dort in der Regel längere Zeit dauert, bis sich die Investitionen amortisieren. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Amortisationszeit auch von der Größe des Einzugsgebietes und der räumlichen Entfernung zu den Wettbewerbern abhängt.

Unteilbarkeit ist nach Weise/Brandes/Eger/Kraft (2005: 256) einer der wichtigsten Gründe für steigende Skalenerträge (economies of scale): Bei einer Vergrößerung des Ressourceneinsatzes vergrößert sich die Ausbringungsmenge – gemessen anhand der Anzahl der Gesundheitsleistungen – überproportional. Dadurch können Kostenersparnisse erzielt werden, denn die langfristigen Durchschnittskosten sinken bei steigender Ausbringungsmenge (Koutsoyiannis 1988: 126-137).

Auch economies of scope (Verbundvorteile, Diversifikationsvorteile) führen zu Kosteneinsparungen. Je breiter die Palette der angebotenen Güter einer Gesundheitseinrichtung ist, desto günstiger können sie in der Einrichtung erstellt werden. Es ergeben sich sogenannte Kostensynergieeffekte (Subadditivität der Kosten). Beispielsweise kann das Pflegepersonal eines Krankenhauses flexibel in verschiedenen Abteilungen eingesetzt werden, wodurch Einsparungen erzielt werden können. Darüber hinaus können Kapazitätsengpässe bzw. -überschüsse ausgeglichen werden, die durch Nachfrageschwankungen entstehen. Die Diversifikation der Leistungen bringt zusätzlich die Vorteile einer integrierten Versorgung und eines Imagetransfers mit sich. Besitzt eine Abteilung ein gutes Image, so erfahren andere Abteilungen derselben Einrichtung von den Nachfragern in der Regel ebenfalls eine Aufwertung des Images. Die gesamte Einrichtung kann sich deshalb die Loyalität ihrer Nachfrager sichern. Ein breites Angebot bringt somit mehrere Vorteile mit sich, die im Wettbewerb mit anderen Anbietern entscheidend sein können.

Je stärker die economies of scale und economies of scope ausgeprägt sind, desto größer sind die Nachteile, die Anbieter mit einer geringeren Aggregats- bzw. Betriebsgröße hinnehmen müssen, da sie diese Effekte weniger nutzen können. Economies of scale und economies of scope sind daher ein wesentlicher Grund für Konzentrationsprozesse (Dichtl/Issing 1994: 487; Müller/Hochreiter 1975: 164-176). Verdrängungswettbewerb und Konzentrationstendenzen im Gesundheitsmarkt, die momentan vor allem im Krankenhaussektor zu beobachten sind, lassen sich vermutlich mit der Nutzung von economies of scale und economies of scope durch die Leistungserbringer erklären. Auch wenn es sich bei den Leistungserbringern im Gesundheitsmarkt um Non-profit-Einrichtungen handelt, die keine Gewinnmaximierung anstreben, so ist es doch ihr Anliegen, durch die Nutzung von Kostenvorteilen und durch Kostenminimierung wettbewerbsfähig zu bleiben. Da ihre zunehmende Konzentration möglicherweise die Sicherstellung der Grundversorgung gefährden würde, ist eine staatliche Regulierung des Marktes erforderlich. Sie garantiert, dass die Gesundheitsgüter den Nachfragern zu einer angemessenen Qualität und einem angemessenen Preis angeboten werden.

2.3 Gerechtigkeit in der Gesundheitswirtschaft

Zur Beschreibung der Unvollkommenheit des Marktes für Gesundheitsgüter und zur Begründung von staatlicher Regulierung wurden im Abschnitt 2.2 Effizienzkriterien herangezogen. Neben diesen liefern aber auch Kriterien der sozialen Gerechtigkeit eine Begründung für die staatliche Regulierung des Gesundheitsmarktes. Der Marktmechanismus würde ohne staatliche Regulierung dazu führen, dass nur diejenigen Personen Gesundheitsgüter nachfragen könnten, die die finanziellen Möglichkeiten haben, den Marktpreis zu bezahlen. Problematisch ist somit die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Menschen. Da jeder Mensch ein „Anrecht“ auf medizinische Versorgung haben soll, ist es ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik, der gesamten Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsgütern zu ermöglichen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit. Sozialbedingte Unterschiede sollen im Hinblick auf Morbidität und Sterblichkeit verringert werden (Beek/Cassel 1997: 291; Breyer/Zweifel 1999: 151). Gesundheitsgüter werden daher auch als „meritorische Güter“ bezeichnet. Bei meritorischen Gütern greift der Staat in deren Bereitstellung ein, da durch den Marktmechanismus gesellschaftlich unerwünschte Ergebnisse hervorgebracht werden (Möschel 2004: 280-282). Wohlfahrtstheoretische Überlegungen liefern somit eine Begründung für die staatliche Regulierung.

2.4 Marktversagen und mangelnde Gerechtigkeit als Begründungen für staatliche Regulierung sowie Kooperationen und Netzwerke

Aufgrund des Versagens des Gesundheitsmarktes und des Ziels, soziale Gerechtigkeit bei der Versorgung der Nachfrager zu erreichen, kommt dem Staat die Aufgabe zu, Gesundheitsgüter in ausreichender Menge und Qualität zur Verfügung zu stellen, um eine Sicherstellung der Grundversorgung zu garantieren. Unter „staatlicher Regulierung“ ist im Folgenden die Einflussnahme durch Gesetze und Regierungshandeln gemeint.

Die Sicherstellung der Grundversorgung erfolgt im Rahmen der staatlichen Regulierung durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung. Sowohl auf Seiten der Leistungsempfänger als auch auf Seiten der Leistungserbringer besteht die gesetzliche Pflicht zur Selbstorganisation (Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 60 f.). Beispielsweise sind die Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften mit ihrer Selbstverwaltung finanziell und organisatorisch unabhängig und stehen lediglich unter der Aufsicht der Länder bzw. des Bundes (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 150 f.). Sie ermöglichen den Versicherten eine finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos,

zu der es durch den Marktmechanismus ohne staatliche Regulierung nicht im ausreichenden Maße kommen würde (Arrow 1985: 20 f.). Die Absicherung erfolgt nach dem Solidaritätsprinzip, das heißt, dass die Versicherungsbeiträge einkommensabhängig, die Ansprüche auf medizinische Leistungen dagegen beitragsunabhängig sind (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 210 f.). Nach Arrow (1985: 34) kommt es zu einer Wohlfahrtssteigerung, wenn der gesundheitliche Nutzen der Krankenversicherung für die Versicherten höher ist als die Kosten, die für die Versicherung anfallen. Die anfallenden Kosten rechnen die Leistungserbringer mit den Versicherungsträgern ab. Dies setzt voraus, dass die Versicherungsträger umfangreiche vertragliche Beziehungen mit den Leistungserbringern unterhalten, in denen Art, Inhalt, Qualität und Vergütung für die erbrachten Leistungen festgelegt sind. Die Versicherungsträger sind daher an der Struktur und Entwicklung des Gesundheitssystems maßgeblich beteiligt (Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 37).

Die gemeinsame Selbstverwaltung bringt das Problem der mangelnden Flexibilität der Versorgungsstrukturen mit sich, da die beteiligten Organisationen unterschiedliche Interessen verfolgen und somit die Orientierung an einer ganzheitlichen Verantwortung in der Gesundheitsversorgung fehlt. „Offiziell gewünschte“ Anreize – z. B. Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Kostenminimierung – können von den tatsächlichen Anreizen der Organisationen abweichen (Eiff 2002: 90-96; Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 52-61).

Die staatliche Regulierung wird grundsätzlich – nicht nur im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung – durch Interessenkonflikte erschwert. Sie erfolgt stets im Interesse der Regulierten, bei denen es sich um Vertreter unterschiedlichster Interessengruppen handelt. Anpassungen der Gesundheitsversorgung an Veränderungen wie z. B. an sich wandelnde Lebensverhältnisse bedürfen der Zustimmung der Mehrheit der Regulierten und können daher nur langsam stattfinden. Dies begünstigt die Entstehung von Mängeln im Gesundheitssystem, die sich z. B. in zu stark ansteigenden Gesundheitsausgaben widerspiegeln. Beispielsweise führte die mangelnde Integration verschiedener Leistungsbereiche zu überflüssigen Mehrfachuntersuchungen. Auf diese Problematik wird in Abschnitt 2.5 eingegangen.

Vorhandene Mängel im Gesundheitssystem erfordern eine kontinuierliche Anpassung der staatlichen Regulierung. Dabei stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. In

Anlehnung an Müller und Vogelsang (1979: 193 f.) lässt sich die staatliche Regulierung durch die Kombination der folgenden vier traditionellen Instrumente beschreiben:

- Marktzutrittsbeschränkungen,
- Preisvorgaben,
- Qualitätsrichtlinien und Konditionen,
- Kontrahierungszwang.

Neben diesen vier traditionellen Instrumenten der staatlichen Regulierung finden je nach Branche weitere Regulierungsinstrumente Anwendung. In der Gesundheitswirtschaft werden folgende weitere Instrumente wahrgenommen (Müller/Vogelsang 1979: 197 f.):

- Investitionslenkung,
- Angebot von Gütern durch den Staat,
- Werbebeschränkungen.

Marktzutrittsbeschränkungen

Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern im Gesundheitsmarkt sind staatliche Eingriffe gerechtfertigt, die darauf abzielen, ein bestimmtes Qualitätsniveau der Gesundheitsgüter zu garantieren. Dies wird über Anforderungen an Ausbildungen, Hochschulzugangsbeschränkungen und staatliche Zulassungsverfahren entsprechend der Bedarfsplanung für Ärzte und andere heilberuflich Tätige erreicht (Breyer/Zweifel 1999: 159; Schulenburg/Greiner 2000: 66 f.). Auch Zutrittsbeschränkungen durch Berufsverbände und Kammern können hierzu gezählt werden (Müller/Vogelsang 1979: 193 f.). Im Krankenhaussektor wird der Marktzutritt durch die Krankenhausplanungen der Landesregierungen beschränkt.

Marktzutrittsbeschränkungen anhand von Bedarfsplanungen sind auch insofern gerechtfertigt, als sie das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eindämmen. Dieses Problem trat zwischen 1970 und 1990 vor allem im ambulanten Sektor auf. In Deutschland wurde beobachtet, dass ein größeres Angebot ärztlicher Leistungen mit einer stärkeren Inanspruchnahme der Leistungen einherging. Die Nachfrager nahmen mehr Leistungen als notwendig waren in Anspruch. Dieses Verhalten der Nachfrager hängt damit zusammen, dass sie bei steigender Nachfrage nicht gleichzeitig direkt für die steigenden Kosten aufkommen müssen, die mit einem

wachsenden Angebot verbunden sind. Eine Angebotsausdehnung kann darüber hinaus auch durch die Leistungserbringer als Anbieter selbst herbeigeführt werden, da sie die nachgefragte Menge der Gesundheitsgüter beeinflussen können (Geigant/Oberender 1985: 210). Nachfrager und Anbieter besitzen gegenüber den Kostenträgern einen Informationsvorsprung, da diese den Bedarf an Gesundheitsgütern nicht genau einschätzen können. Somit ist sowohl auf Seiten der Nachfrager als auch auf Seiten der Anbieter opportunistisches Verhalten („moral hazard“) gegenüber den Kostenträgern möglich. Solche künstlichen Nachfrage- und Angebotsausdehnungen können anhand von Bedarfsplanungen durch die staatliche Regulierung eingeschränkt werden.

Preisvorgaben

Zur staatlichen Regulierung des Angebots und der Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt werden Preisvorgaben genutzt, unter anderem um die steigenden Gesundheitsausgaben und eine angebotsinduzierte Nachfrage einzudämmen. Die Preise werden durch die staatliche Gebührenverordnung reguliert und zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen verhandelt (Breyer/Zweifel 1999: 151). Die Nachfrager zahlen die Preise für die in Anspruch genommenen Leistungen nicht direkt, sondern über ihre Krankenversicherungsbeiträge. Die Krankenversicherungsbeiträge orientieren sich am Einkommen der Patienten, nicht am Wert der in Anspruch genommenen Leistungen (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 210 f.). Die Anbieter bekommen ihre Leistungen von den Krankenkassen vergütet, soweit es sich um Leistungen für Kassenpatienten (nicht Privatzahler) handelt. Anbieter und Nachfrager werden somit nicht direkt mit den finanziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen konfrontiert (Breyer/Zweifel 1999: 151). Aufgrund dieser Situation besteht sowohl bei Nachfragern als auch bei Anbietern der Anreiz, die Ressourcen im Gesundheitssystem auszuschöpfen, was zu Mangelzuständen in der Gesundheitsversorgung führen kann. Daher dient die staatliche Regulierung dazu, eine effiziente Allokation in der Gesundheitswirtschaft zu gewährleisten (Gries/Langeleh 2002: 1).

Bei der ambulanten Versorgung kann eine künstliche Ausdehnung ärztlicher Leistungen – unabhängig davon, ob sie durch das Verhalten der Nachfrager oder der Anbieter entsteht – durch Preisvorgaben eingeschränkt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen für die niedergelassenen Ärzte eine Gesamtvergütung (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 127). Diese ist in ihrer Höhe unabhängig von der Anzahl der tatsächlich erbrachten Leistungen. Je mehr Leistungen die Ärzte erbringen, desto geringer fällt der Preis

für die einzelne Leistung aus. Auf diese Weise wird eine künstliche Ausdehnung der Leistungen eingedämmt.

Die Krankenhäuser verhandelten bisher jährlich mit den Krankenkassen über ein individuelles Budget, sodass bei ihnen eine relativ starke Kontrolle der erstellten Leistungen und der damit verbundenen Betriebs- und Personalausgaben erfolgte. Aufgrund der starken Kontrolle tritt bei ihnen das Problem des moral hazard seltener auf als beispielsweise bei niedergelassenen Ärzten. Allerdings wurden die Ausgaben der Krankenhäuser von den Krankenkassen weitestgehend ohne Berücksichtigung der Effizienz der medizinischen Leistungen übernommen. Die Krankenhäuser konnten sich gegenüber den Patienten zu wenig mit ihren speziellen Qualifikationen profilieren (Wille 2003: 48). Dies soll sich durch die Reform der Krankenhausfinanzierung (Fallpauschalen-Verordnung) ändern: Ab dem Jahr 2005 sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, ihre Leistungen im Rahmen des G-DRG-Systems² abzurechnen. Es handelt sich dabei um ein leistungsbezogenes Vergütungssystem, bei dem die Behandlungsfälle nach pauschalierten Preisen vergütet werden (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 66 f.). Die Verantwortung der DRG-Einführung wurde den Vertragsparteien der Selbstverwaltung (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) übertragen (Roeder/Rochell 2004: 75-77).

Mit der Einführung des G-DRG-Systems wird das Kostendeckungsprinzip durch das Leistungsprinzip abgelöst. Gemäß dem Kostendeckungsprinzip hatten die Krankenhäuser einen Anspruch darauf, dass ihre Kosten durch „medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze“ gedeckt wurden (Bundespfllegesatzverordnung vom 01.01.1996). Seit Inkrafttreten des Leistungsprinzips im Jahr 2005 erfolgt die Abrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen, das heißt die Behandlungsfälle werden nach bestimmten Kriterien zu Fallgruppen zusammengefasst. Diejenigen Behandlungsfälle, die in einer Fallgruppe erfasst sind, werden nach pauschalierten Preisen vergütet (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 66 f., 147 f., 208).

Inwieweit das G-DRG-System tatsächlich eine sachgerechte Leistungsfinanzierung sowie einen Leistungsvergleich der Krankenhäuser ermöglicht, wird zurzeit von verschiedenen Interessenvertretern der Gesundheitswirtschaft kontrovers diskutiert. Die

² German - Diagnosis Related Groups

Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet, dass die Einführung des G-DRG-Systems zu einem verschärften Leistungswettbewerb der Krankenhäuser führen wird. Dies erfordere neue Leistungsausrichtungen der Krankenhäuser in ihrem Wettbewerbsumfeld (Roeder u. a. 2004: 703-711). Greß, Jacobs, Schulze und Wasem (2004: 121) sind dagegen der Ansicht, dass von einer umfassenden wettbewerblichen Neuorientierung nicht gesprochen werden kann, da hierfür weiter reichende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich wären.

Offensichtlich ist, dass durch die Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhaussektor völlig neue Handlungsanreize gesetzt werden. Kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung, bei denen aufgrund einer zu geringen Nachfrage der Leistungen eine Kostendeckung nicht mehr möglich ist, werden gezwungen sein, ihr Leistungsangebot neu auszurichten. Für sie werden Kooperationen bzw. Fusionen mit anderen Krankenhäusern zur Existenzsicherung erforderlich sein.

Eine neue Leistungsausrichtung, die für immer mehr Krankenhäuser von Interesse ist, ist das zusätzliche Angebot medizinischer Rehabilitationsleistungen. Aufgrund des zunehmenden Bettenabbaus in der Akutversorgung werden Ressourcen frei, die auf diese Weise kompensiert werden können. Rehabilitationsleistungen können allerdings laut § 111 Abs. 6 SGB V nur durch wirtschaftlich und organisatorisch selbständige Reha-Einrichtungen erbracht werden, die an das Krankenhaus angegliedert sind (Fuchs 2004: 196). Somit bietet das G-DRG-System Anreize für Krankenhausträger, Reha-Einrichtungen zu gründen bzw. zu übernehmen sowie Kooperationen zwischen ihnen und den Krankenhäusern zu fördern, um vorhandene Ressourcen effizient nutzen zu können (economies of scale und economies of scope).

Nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003: Ziffer 604) wird die G-DRG-basierte Vergütung der Krankenhausleistungen vermutlich auch dazu führen, dass die Krankenhäuser die Verweildauern der Patienten verkürzen, da die Fallpauschalen in ihrer Höhe von den Verweildauern unabhängig sind. Krankenhausleistungen werden zunehmend in angrenzende Versorgungsbereiche verlagert. Das Ausmaß der Leistungsverlagerungen wird davon abhängig sein, in welchem gesundheitlichen Zustand die Krankenhäuser Patienten entlassen dürfen. Es ist anzunehmen, dass Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen akutstationäre Aufgaben – die eigentlich den Krankenhäusern obliegen – übernehmen werden, ohne dass die Finanzierung ihres Mehraufwandes geklärt ist (Fuchs 2004: 191). Bei

den Krankenhäusern entsteht demnach durch die G-DRG-basierte Vergütung der Anreiz, die Menge der Leistungen zu verringern. Dies widerspricht den Interessen der Krankenkassen als Kostenträger. Ihrer Auffassung nach sind die Prozesse und Strukturen der Krankenhäuser so zu organisieren, dass es bei den akutstationären Leistungen zu keiner Verlagerung kommt. Der staatlichen Regulierung käme ihrer Meinung nach die Aufgabe zu, mit Qualitätsrichtlinien und Konditionen sicherzustellen, wann die Behandlung eines Akutfalls durch ein Krankenhaus abgeschlossen ist (Fuchs 2004: 191).

Qualitätsrichtlinien und Konditionen

Durch die staatliche Regulierung ist ein ausreichendes Angebot an Gesundheitsgütern eines bestimmten Qualitätsstandards sicherzustellen. Darüber hinaus ist festzulegen, welche Gesundheitseinrichtungen welche Leistungen zu erbringen haben. Daher wird das Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der staatlichen Regulierung vorgeschrieben (Breyer/Zweifel 1999: 151).

In der ambulanten Versorgung wird die Qualität der Leistungen bzw. die Kompetenz der Ärzte über die oben beschriebenen Marktzutrittsbeschränkungen sichergestellt. Die Ausübung von Arztberufen erfordert darüber hinaus die Orientierung an einem Verhaltenskodex in Anlehnung an den „Hippokratischen Eid“, nach dem sich die Ärzte zur bestmöglichen Gesundheitsversorgung der Gesellschaft verpflichten (Gries/Langeleh 2002: 5 f.; Schaller 1988: 19 f.). Daneben hängt die Qualität der Leistungen auch von der Ausstattung der Praxen mit medizinischen Geräten ab (Schaller 1988: 31). Die Ausstattung kann hinsichtlich der Art der Geräte durch die staatliche Regulierung indirekt über Preisvorgaben beeinflusst werden, indem für Behandlungen und Untersuchungen mit bestimmten Geräten unterschiedliche Punktzahlen zur Vergütung festgelegt werden. Allerdings wird dadurch der technische Standard (bezogen auf das Alter) der Geräte nicht beeinflusst (Expertengespräch Kassenärztliche Vereinigung 10.11.2004).

Im Krankenhaussektor wird anhand der Krankenhausplanung der Landesregierungen bestimmt, welche Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Zusätzliche staatliche Vorgaben wie z. B. die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die ab 2005 im Zusammenhang mit dem G-DRG-System eingeführt werden, sollen aufzeigen, welche Qualität die Leistungen besitzen. Sie sollen zudem einen Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen. Die Qualitätsberichte werden Patienten, Ärzten, Krankenkassen

und allen weiteren Interessenten durch die Landesverbände der Krankenkassen im Internet zugänglich gemacht. Die Selbstverwaltung, d. h. die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, verbindet damit vereinbarungsgemäß folgende Ziele:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten, insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent zu machen (Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 6 SGB V; siehe Selbmann 2004: 712 f.).

Nach Selbmann (2004: 712 f.) sind Qualitätsberichte unter dieser Zielsetzung ein Schritt in die richtige Richtung, um Krankenhäusern Anreize für Qualitätsverbesserungen zu bieten. Allerdings sollten mit den Qualitätsberichten keine zu hohen Erwartungen verbunden werden, da ihre Aussagekraft fraglich sei. Zwar wurden Inhalt und Umfang der Qualitätsberichte einheitlich festgelegt, jedoch ist eine unmittelbare Vergleichbarkeit nur dann gegeben, wenn auch die Qualitätsmessung nach einheitlichen Standards erfolgt. Darüber hinaus unterliegt die Gesundheitswirtschaft raschen Veränderungen, sodass die Veröffentlichungen im Abstand von zwei Jahren nicht für Aktualität bürgen.

Qualitätsvergleiche und Preisvorgaben zielen darauf ab, die Ausgaben der Krankenhäuser bei einer gleichzeitigen Verbesserung des Qualitätsstandards zu reduzieren. Je größer die Markttransparenz ist, desto eher werden die Versicherten versuchen, die Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Präferenzen zu beeinflussen. Dies bewirkt einen zunehmenden Wettbewerb sowohl der Leistungsanbieter als auch der Krankenkassen (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 130). Den Großteil der Krankenhäuser stellt der zunehmende Wettbewerb zum einen vor Finanzierungsprobleme, sodass kleinere, finanziell schwächer gestellte Krankenhäuser vom Markt verschwinden. Daneben treten Konzentrationstendenzen auf, da durch Kooperationen und Fusionen steigende Skalenerträge und Verbundvorteile genutzt werden können, wie bereits auf den obigen Seiten gezeigt wurde. Durch die Nutzung von economies of scale und economies of scope können Kosteneinsparungen erzielt werden, sodass die kooperierenden Krankenhäuser ihre Wettbewerbsfähigkeit erhalten bzw. steigern können. Zur

Sicherstellung der Grundversorgung ist allerdings eine staatliche Regulierung der Konzentrationstendenzen erforderlich (neuerdings auch durch das Bundeskartellamt).

Die Qualität von Leistungen kann im ambulanten und stationären Sektor durch Kooperationen verbessert werden. Kooperationen ermöglichen eine bessere Kapazitätsauslastung und erlauben damit die Anschaffung einer medizinischen Ausstattung, die für einzelne Gesundheitseinrichtungen nicht rentabel wäre. Als Beispiel für eine solche gemeinsame Investition mit einer qualitativ hochwertigen Ausstattung sei das Gesundheitszentrum des Ärztenetzwerks „Medizin und Mehr“ genannt, das in Abschnitt 6.4.1 vorgestellt wird.

Darüber hinaus können vertikale Kooperationen dazu dienen, die Markttransparenz und somit auch die Qualität der Leistungen zu erhöhen, indem den Patienten Berater, sog. „Gatekeeper“, zur Verfügung gestellt werden, die sie entlang ihres Behandlungspfades beim Durchlaufen der kooperierenden Gesundheitseinrichtungen begleiten. Wenn Gatekeeper über medizinisches Wissen verfügen und gleichzeitig die Interessen der Patienten vertreten, können sie dazu beitragen, die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern zu reduzieren. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, dürften sie allerdings in ihrem Handeln nicht ausschließlich von den kooperierenden Anbietern abhängig sein. Denkbar wäre, Gatekeeper direkt über die Krankenkassen zu finanzieren, da diese ebenso wie die Patienten ein Interesse an qualitativ hochwertigen, effizienten Leistungen haben, bei denen Fehlbehandlungen und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

Kontrahierungszwang und Investitionslenkung

Da Kontrahierungszwang und Investitionslenkung in enger Verbindung zueinander stehen, werden diese beiden Instrumente im Folgenden gemeinsam vorgestellt. Die staatliche Regulierung der Gesundheitswirtschaft beinhaltet den Kontrahierungszwang, das heißt die gesetzlich auferlegte Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebotes. Dies bezieht sich zum einen auf die Verpflichtung der Krankenkassen, im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung Mitglieder, unabhängig von deren Gesundheitszustand und deren finanzieller Leistungskraft, aufzunehmen und dabei einen einheitlichen Beitragssatz einzufordern (Beckers 2003: 10). Zum anderen schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge ab, die die Leistungserbringer dazu verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen, und zwar auch dann, wenn die Erlöse der Leistungen die Kosten nicht decken (Becker-Berke/ Laut-

wein-Reinhard 2004: 140, 149 f.). Allgemeinkrankenhäuser sind beispielsweise dazu verpflichtet, bestimmte Leistungen der Grundversorgung zu erbringen.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wird im Rahmen der staatlichen Regulierung bei öffentlichen, freigemeinnützigen sowie privaten Krankenhäusern, die einen Versorgungsauftrag³ besitzen, eine Krankenhausplanung vorgenommen, wie Abbildung 1 zeigt (Neubauer 2004: 103). Der staatlichen Krankenhausplanung liegt das Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie die landeseigenen Krankenhausgesetze zugrunde. Sie erfolgt unter Mitwirkung des Landesausschusses für Krankenhausplanung, der Krankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen. Bei der Krankenhausplanung werden die Kapazitäten nach einer vorausgehenden Bedarfsschätzung geplant und festgelegt. Die Mitwirkenden haben somit Entscheidungsgewalt über die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Durch sie wird festgelegt, für welche medizinischen Abteilungen finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 149; Neubauer 2004: 103). Gleichzeitig wird mit der Finanzierung des Leistungsangebotes auch Einfluss auf die Forschung und Entwicklung der Medizintechnologie genommen (Breyer/Zweifel 1999: 152).

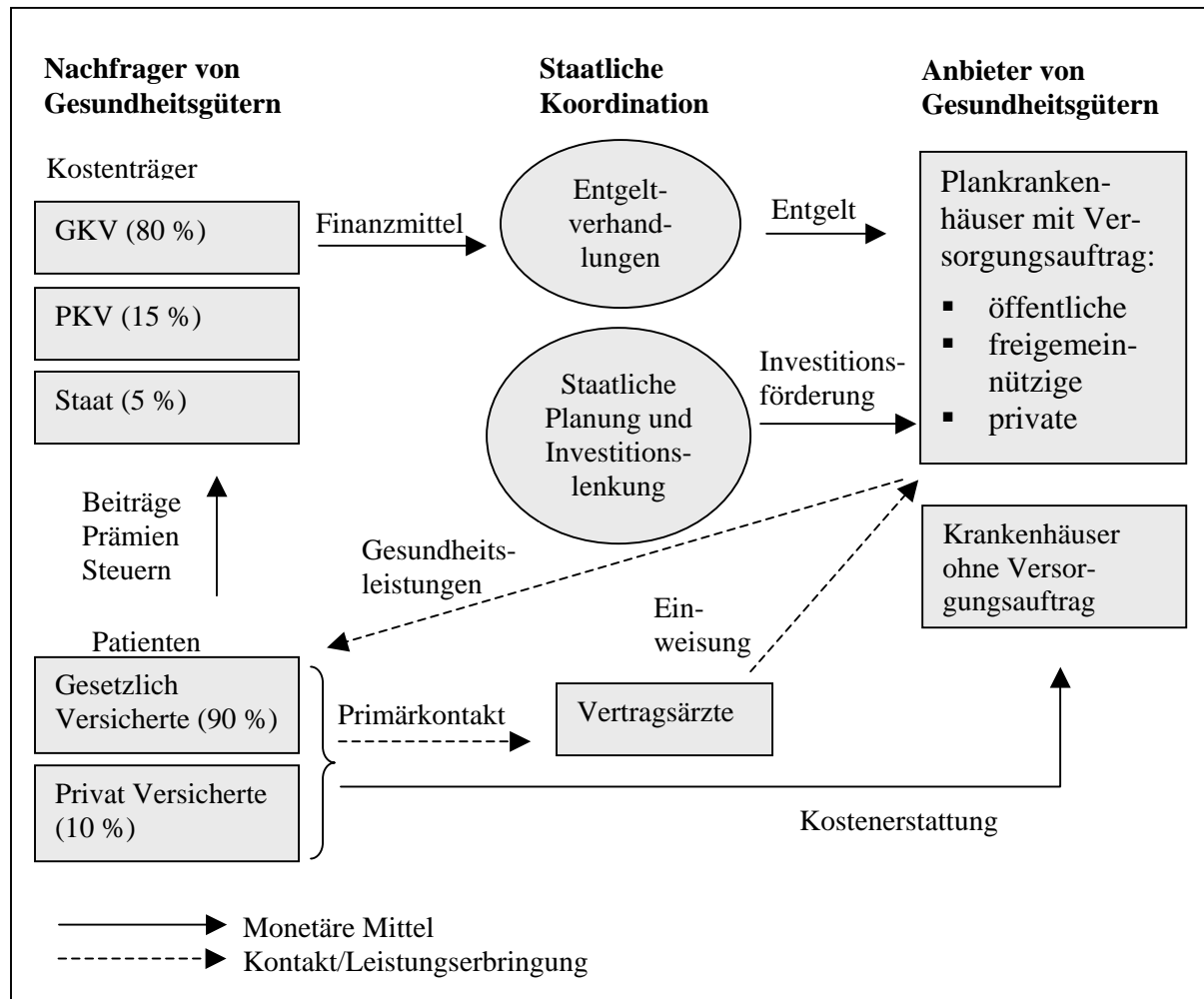
Neben der Steuerung durch die staatliche Planung und Investitionslenkung erfolgt eine Steuerung durch die Kostenträger, die die Finanzmittel zur Entgeltung der Plankrankenhäuser entsprechend ihrer Vertragspflicht zur Verfügung stellen. Dabei trägt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 80 Prozent, die private Krankenversicherung (PKV) 15 Prozent und der Staat die übrigen 5 Prozent der Kosten. Plankrankenhäuser unterliegen somit einem dualen Steuerungssystem bzw. einer dualen Finanzierung (Neubauer 2003: 103 f.).

Die Patienten sind zu 90 Prozent gesetzlich versichert und zu 10 Prozent privat versichert. Sie kommen über Beiträge, Prämien und Steuern für die Kosten auf. Im Krankheitsfall nehmen sie mit Vertragsärzten einen ersten Kontakt (Primärkontakt) auf, werden von diesen in die Plankrankenhäuser überwiesen und nehmen infolge dessen Gesundheitsleistungen der Plankrankenhäuser in Anspruch. Neben den Plankrankenhäusern existieren Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag, deren Leistungen von den

³ Wenn Krankenhäuser einen Versorgungsauftrag besitzen, dürfen sie Behandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 149 f.).

Patienten direkt erstattet werden und die daher von der staatlichen Planung sowie der Finanzierung durch Kostenträger unabhängig sind (Neubauer 2003: 103 f.).

Abb. 1 Gegenwärtiges duales Krankenhaus-Steuerungssystem



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2003: 103)

Mit dieser staatlichen Regulierung wird eine bestmögliche Anpassung des Versorgungsangebotes an den Bedarf der Bevölkerung entsprechend ihrer räumlichen Verteilung beabsichtigt. Kapazitätsengpässe oder Überkapazitäten in der Gesundheitsversorgung sollen vermieden werden. Somit wird eine Korrektur des Marktversagens vorgenommen.

Die Regulierung in Form eines dualen Steuerungssystems ist allerdings problembehaftet, da die staatliche Planung und Investitionslenkung mit der wettbewerbsorientierten Entgeltung durch die Krankenkassen nicht kompatibel ist. Hinzu kommt, dass das Entgeltsystem der Gestaltungshoheit des Bundestages unterliegt, während die Krankenhausplanung durch den Bundesrat gesteuert wird. Dies führt zwangsläufig zu Kon-

flikten (Neubauer 2003: 103). Nach Auffassung von Wille⁴ (2003: 48) kommt hinzu, dass sich die Investitionslenkung zu stark an landespolitischen und zu wenig an betriebswirtschaftlichen Aspekten orientiert, da die Krankenhäuser über die notwendigen Investitionen nicht nach eigenen Prioritäten entscheiden können. Zudem führt die unterschiedliche Finanzierung durch die Bundesländer zu Wettbewerbsverzerrungen innerhalb Deutschlands (Wille 2003: 48).

Müller und Vogelsang (1979: 44) nennen einen weiteren Grund dafür, dass die staatliche Investitionslenkung problematisch ist: es handelt sich bei Gesundheitsgütern um meritorische Güter (siehe Abschnitt „*Konsumentensouveränität*“). Bei meritorischen Gütern ist eine Planung der Investitionen nur schwer möglich, da die wahren und die geäußerten Bedürfnisse der Nachfrager nicht übereinstimmen. Eine Investitionslenkung ist nur dann gerechtfertigt, wenn die Akteure der staatlichen Regulierung besser informiert sind als die Leistungsanbieter. Meritorische Güter bergen zudem die Gefahr, dass bestimmte Entscheider das „Gemeinwohl“ in ihrem Sinne interpretieren und ihre eigenen Interessen als „Gemeinwohl“ durchsetzen.

Bei der staatlichen Investitionslenkung wird die Finanzierung des Leistungsangebotes aufgrund der fehlenden Information über die zukünftigen Bedürfnisse der Nachfrager davon abhängig gemacht, wie die Kapazitäten in der Vergangenheit ausgelastet waren. Demnach führt z. B. eine zu geringe Auslastung medizinischer Abteilungen dazu, dass diese im Extremfall nicht mehr finanziert werden und geschlossen werden müssen. Krankenhäuser, die in mehreren Abteilungen zu geringe Auslastungen aufweisen, werden dann möglicherweise komplett geschlossen. Diese vor allem für Krankenhäuser der Grundversorgung (mit bis zu 200 Betten) problematische Situation wird sich in den kommenden Jahren vermutlich verschärfen, da beabsichtigt ist, die Gesundheitsausgaben aufgrund der angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte weiter zu reduzieren. Die Einschränkung der finanziellen Mittel für Investitionen der Krankenhäuser führte bereits zu einem beträchtlichen Investitionsstau, der Schätzungen zufolge bei rund 30 Mrd. Euro liegt (Augurzky u.a. 2004: 11).

Fehlplanungen bei der staatlichen Investitionslenkung zeigen sich darin, dass die Krankenhausversorgung durch Bettenüberkapazitäten gekennzeichnet ist. Diese Überkapazitäten entstanden vermutlich dadurch, dass die Auswirkungen der Verweildauerverkürzungen bei der Krankenhausplanung unterschätzt wurden (Neubauer 2004:

⁴ Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

105). Überkapazitäten können zu dem kontraproduktiven Anreiz führen, Mehrfachuntersuchungen durchzuführen, die nicht medizinisch notwendig sind.

Überkapazitäten können vermieden werden, wenn die Leistungserbringer zum einen kooperieren bzw. fusionieren und zum anderen Randaktivitäten, z. B. Labore, Krankenhausküchen und Wäschereien, auslagern. Kooperationen und Fusionen, die langfristig angelegt sind, ermöglichen es, das Angebot der Nachfrage besser anzupassen.

Gesundheitseinrichtungen können mit Kooperationen und Fusionen economies of scope (Verbundvorteile) und economies of scale (Größenvorteile) nutzen, sodass vorhandene Kapazitäten besser ausgelastet werden. Economies of scale ergeben sich, wenn es bei Kooperationen und Fusionen zu einer Vergrößerung des Ressourceneinsatzes kommt und sich die Ausbringungsmenge überproportional vergrößert. Beispielsweise können kooperierende Allgemeinkrankenhäuser gemeinsam ihre Aus- und Weiterbildungsangebote erweitern, wodurch verhältnismäßig mehr Personal aus- und weitergebildet werden kann. Dies führt zu Kosteneinsparungen, die es Allgemeinkrankenhäusern ermöglichen, in zusätzliche Spezialisierungen zu investieren (siehe Fallbeispiel „Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen“, Abschnitt 6.4.2).

Economies of scope treten bei Kooperationen und Fusionen auf, wenn sich die Leistungen der beteiligten Einrichtungen gegenseitig ergänzen (komplementäre Leistungen). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Ärzte mit verschiedenen Fachkompetenzen ihr Wissen einbringen. Economies of scope tragen ebenso wie economies of scale zu einer besseren Marktanpassung der kooperierenden Gesundheitseinrichtungen bei. Sie ermöglichen Investitionen in Kernkompetenzen, aufgrund derer wiederum mehr Fälle mit bestimmten Krankheitsbildern behandelt werden können, sodass die Erfahrung der Ärzte zunimmt und die Fehlerwahrscheinlichkeit bei Diagnosen und Behandlungen sinkt. Investitionen in Kernkompetenzen ermöglichen damit eine Verbesserung der Qualität der Leistungen.

Daneben dienen Kooperationen auch dazu, die Markttransparenz zu erhöhen und die Informationsasymmetrie zu verringern. Vor allem vertikale Kooperationen der Anbieter zur gemeinsamen Behandlung der Patienten entlang des Behandlungspfades ermöglichen eine Informationsweitergabe und somit eine gezielte Abstimmung der Leistungen. Die Kooperation nachgelagerter Gesundheitseinrichtungen ermöglicht zudem eine bessere Anpassung an die Nachfrage. Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen

können aufgrund der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und dem damit verbundenen Patientenzustrom ihre Kapazitätsauslastung besser planen. Allgemein lässt sich sagen, dass Kooperationen und Fusionen in der Gesundheitswirtschaft dazu beitragen, das Marktversagen einzuschränken und mögliche Fehlplanungen bei der staatlichen Regulierung auszugleichen.

Angebot von Gütern durch staatliche Gesundheitseinrichtungen

Ein weiteres Instrument der staatlichen Regulierung stellt das Angebot von Gesundheitsgütern dar, z. B. in Form von öffentlichen Krankenhäusern. Gesundheitsgüter weisen, wie zuvor ausgeführt wurde, besondere Charakteristika auf: es handelt sich um gemischt privat-öffentliche Güter, die externe Effekte verursachen. Darüber hinaus sind Markttransparenz und Konsumentensouveränität nicht gegeben, sodass die Nachfrager in der Regel ungenügend informiert sind und ihre Bedürfnisse nicht offenkundig machen. Daher würde das Angebot, das sich durch den Marktmechanismus ergeben würde, quantitativ und qualitativ zu gering ausfallen. Aufgrund dieses Marktversagens wird mit der staatlichen Regulierung das Ziel verfolgt, über den Betrieb öffentlicher Gesundheitseinrichtungen eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Werbebeschränkungen

Die Gesetzgebung in Deutschland schränkt die Werbung für Gesundheitsgüter zum Schutz der Nachfrager ein. Durch die Werbebeschränkungen der Anbieter wird die soziale und ethische Verantwortung den Patienten gegenüber in den Vordergrund gestellt. Da die Nachfrager aufgrund der Werbebeschränkungen und Richtlinien zur Werbung über Gesundheitsgüter im Vergleich zu anderen Gütern weniger informiert sind und Markttransparenz nicht gegeben ist, ist es Aufgabe der staatlichen Regulierung, bestimmte Qualitätsstandards der Gesundheitsgüter zu gewährleisten.

Werbebeschränkungen unterliegen in den letzten Jahren immer häufiger der Kritik. So vertreten Greß/Jacobs/Schulze/Wasem (2004: 130) die Auffassung, das es „keine Restriktionen durch überzogene Werbeverbote“ geben sollte. Verbraucherorganisationen und Medien seien zunehmend daran interessiert, Gesundheitsleistungen hinsichtlich ihrer Preise und Qualitätskriterien zu überprüfen und die Öffentlichkeit hierüber zu informieren. Ein Entgegenkommen der staatlichen Regulierung hat es zumindest bereits insofern gegeben, als die Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 verpflichtet sind, der

Öffentlichkeit Qualitätsberichte zugänglich zu machen (siehe „Qualitätsrichtlinien und Konditionen“).

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welche Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft seit 1990 auftraten. Marktversagen zeigte sich beispielsweise in den Informationsbarrieren zwischen den Leistungserbringern verschiedener Sektoren und der mangelnden Transparenz im Behandlungsablauf. Effizienzprobleme bei der staatlichen Regulierung, z. B. durch unterschiedliche Vergütungssysteme im ambulanten und stationärer Sektor, führten dazu, dass Schnittstellen zwischen den Sektoren den Ablauf der medizinischen Versorgung der Patienten erschwerten. Die Folge waren steigende Gesundheitsausgaben und wirtschaftliche Probleme. Sie bewirkten, dass die Bundesregierung Gesundheitsreformen durchführte, um den Gesundheitseinrichtungen Anreize für Kooperationen zu bieten und auf diese Weise die Effizienz der Gesundheitswirtschaft zu fördern.

2.5 Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung

Die deutsche Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine historisch bedingte sektoral differenzierte Versorgung⁵ mit unterschiedlichen Organisations-, Vertrags- und Vergütungsstrukturen aus. Das Leistungsspektrum der Anbieter im ambulanten und stationären Sektor bezog sich aufgrund der Abgrenzung dieser beiden Sektoren bis in die 1990er Jahre nur auf Einzelleistungen innerhalb des Versorgungsprozesses. Die Anbieter waren wegen unterschiedlicher Vergütungssysteme bestrebt, nur die sie betreffenden Teilbereiche innerhalb des Versorgungsprozesses zu verbessern. Die strikt getrennten Leistungsbereiche entsprachen weder dem medizinischen Behandlungsbedarf noch den Patientenbedürfnissen (Beske 2003: 98 f.; Mühlbacher 2002: 52 f.). Nach Becker und Hensgen (2000: 275) war insbesondere der Übergang von der stationären Behandlung im Krankenhaus zur ambulanten Behandlung schlecht organisiert. Verzögerungen aufgrund der Schnittstellenprobleme innerhalb des Versorgungsprozesses der Patienten führten dazu, dass die medizinischen Leistungen nicht optimal wirksam waren. Darüber hinaus wurden auch Leistungen erbracht, die nicht notwendig waren: Bei der stationären Versorgung führte die Vergütung von Einzelleistungen bzw. die Vergütung anhand der Anzahl der Pflegetage zu einer medizinisch nicht erforderlichen Ausweitung der Behandlungstage der Patienten. Auch im ambulanten Sektor gab es aufgrund wirtschaftlicher Anreize eine Tendenz zur Leistungsauswei-

⁵ Trennung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in zwei Sektoren.

tung. Viele Leistungen, z. B. Röntgenaufnahmen, wurden von verschiedenen Leistungserbringern unnötigerweise mehrfach erbracht (Beske 2003: 98 f.; Mühlbacher 2002: 52 f.; Becker/Hensgen 2000: 275).

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen⁶ (1994, Ziffer 165) vertrat bereits 1994 die Auffassung, dass die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor „ein Konstruktionselement des deutschen Gesundheitswesens“ ist, „das zu vermeidbaren Effektivitäts- und Effizienzverlusten führt“. Beske (2003: 99) stellte fest, dass zwar das Ausmaß der unnötig erbrachten Leistungen nicht wissenschaftlich belegt werden kann, dass aber die sektorale Trennung erwiesenermaßen zum medizinischen Wirkungsverlust, zu zusätzlichem organisatorischen Aufwand und damit zur mehrfachen Vorhaltung kostenaufwändiger Ressourcen führte. Aufgrund der fehlenden Zielsetzung einer ganzheitlichen Patientenversorgung wurden die Kapazitäten innerhalb des Versorgungsprozesses ineffizient eingesetzt.

Zur Behinderung einer ganzheitlichen Versorgung der Patienten kam es auch dadurch, dass zwischen verschiedenen Leistungserbringern, insbesondere zwischen den Leistungserbringern verschiedener Sektoren, Informationsbarrieren bestanden. Eine Transparenz im Behandlungsablauf war kaum gegeben, da jeder Leistungserbringer nur seinen Teil an der gesamten Behandlung überblickte. Informationen wurden nach Becker und Hensgen (2000: 276) aufgrund des Konkurrenzdenkens zwischen den Leistungserbringern des ambulanten und stationären Sektors zurückgehalten. Die unterschiedlichen Vergütungssysteme förderten diese Konkurrenz, während ökonomische Anreize zur Zusammenarbeit fehlten. Unter der unzureichenden Informationsweitergabe hatten vor allem chronisch kranke Menschen zu leiden, deren Anschlussheilbehandlung nicht genügend koordiniert wurde. Sie bekamen während ihres stationären Aufenthalts nur unzureichende Informationen darüber, welche nachfolgende ambulante Therapie für sie geeignet sei.

Die Koordination der Leistungen für chronisch Kranke wurde nicht nur durch die Zuständigkeiten verschiedener Leistungserbringer, sondern auch durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten verschiedener Kostenträger erschwert. Deren Interesse bestand darin, ihre Kosten möglichst auf andere Bereiche abzuwälzen. In Deutschland nahmen

⁶ Bei den Mitgliedern des Sachverständigenrates handelt es sich um Vertreter wissenschaftlicher Einrichtungen. Die Gutachten des Sachverständigenrates werden von der Bundesministerin für Gesundheit in Auftrag gegeben.

in den 1990er Jahren die Häufigkeit und auch die Kosten der chronischen Krankheiten stark zu. Im Jahr 2004 litten ca. 20 Prozent der Bevölkerung unter chronischen Erkrankungen (BMGS 2004), deren Behandlung sehr kostenintensiv ist und Schätzungen zufolge einen Großteil der Gesundheitsausgaben ausmacht.⁷ Eine intensivere Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor mit einer umfassenden Koordination des Behandlungsablaufes chronisch kranker Patienten könnte entscheidend dazu beitragen, die Versorgung der chronisch Kranken zu verbessern und gleichzeitig die Ausgaben in der deutschen Gesundheitswirtschaft zu senken.

Aber nicht nur diese Mängel bei der traditionellen Gesundheitsversorgung und die daraus resultierenden wirtschaftlichen Probleme, sondern auch die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung und ein weitgehender Versicherungsschutz trugen dazu bei, dass die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Gesundheitsleistungen in den 1990er Jahren weiter anstiegen.⁸

Beispielsweise führte die demografische Entwicklung mit einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen zu steigenden Pro-Kopf-Ausgaben. Die Altersgruppe der 65 bis 69jährigen verursachte die vierfachen Ausgaben der Gruppe der 0 bis 14jährigen, während die Gruppe der über 80jährigen das sechsfache der Ausgaben verursachte. Gleichzeitig sanken die Pro-Kopf-Einnahmen durch den steigenden Anteil an Rentnern. Auch die zunehmende Zahl der Einpersonenhaushalte führte zu steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem. Während Mitglieder eines Mehrpersonenhaushalts sich zunächst gegenseitig helfen können, sind allein lebende Menschen auf externe Hilfe angewiesen. Dementsprechend verursachen zwei Einpersonenhaushalte mehr Gesundheitsausgaben als ein Zweipersonenhaushalt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995: Ziffer 34 f.).

Auch die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung erhöhten die Anwendung von zusätzlichen, möglicherweise unnötigen Leistungen und unterstützten die Tendenz zur Maximalversorgung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995: Ziffer 34 f.).

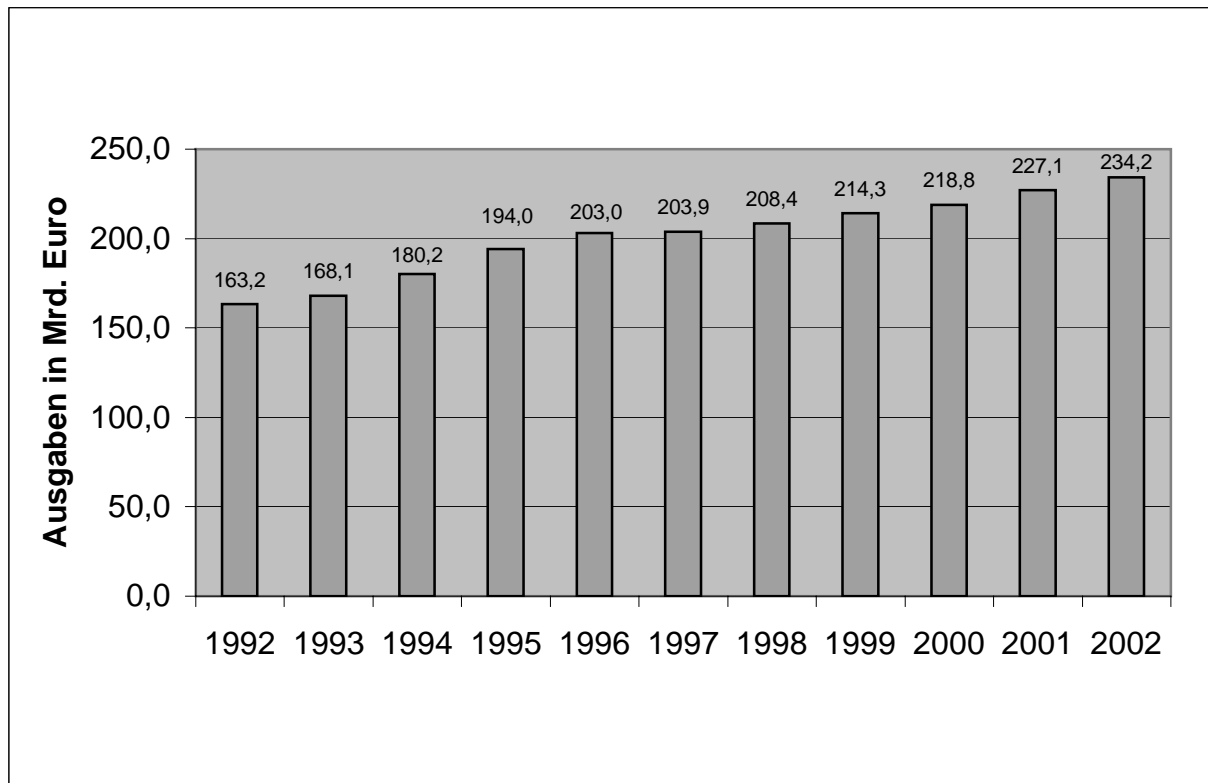
⁷ Die Anzahl der chronisch Kranken und der Gesundheitsausgaben kann nur geschätzt werden, da diese Daten bisher nicht erhoben wurden. Eine allseits akzeptierte Definition von chronischer Krankheit existiert nicht (Aussage des BMGS vom 06.09.2004).

⁸ Für Deutschland liegen allerdings bisher keine Untersuchungen über die relative Bedeutung dieser Einflussfaktoren vor (Wasem 1997: 76). Nähere Informationen zu den Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung finden sich bei Wasem 1997: 75-91.

Bei der Analyse der Gesundheitsausgaben ist zu berücksichtigen, dass deren Ursachen sich gegenseitig beeinflussen und miteinander in Beziehung stehen. Beispielsweise führt die medizinisch-technische Entwicklung zu einer höheren Lebenserwartung und damit zu einem größeren Anteil älterer Menschen. Eine zunehmend ältere Bevölkerung ist jedoch auch an lebensverlängernden Maßnahmen interessiert, sodass der Alterungsprozess wiederum den medizinisch-technischen Fortschritt beeinflusst.

Aufgrund der genannten Faktoren kam es zu einer hohen Kostenbelastung des Gesundheitssystems. Während die Gesundheitsausgaben 1992 bei 163,2 Mrd. Euro lagen, betrugen sie im Jahr 2002 234,2 Mrd. Euro, wie Abbildung 2 zeigt:

Abb. 2 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal) 1992 bis 2002



Quelle: Eigene Darstellung, Daten des StBA 2004

Pro Einwohner erhöhten sich die Ausgaben in diesem Zeitraum von 2020 Euro auf 2660 Euro pro Jahr (StBA 2004). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialbudget war und ist relativ hoch, er liegt bei etwas über einem Drittel des BIP (BMGS 2004a).⁹ Werden die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung –

⁹ Bei der Berechnung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Sozialbudget legt das BMGS eine andere Definition der Gesundheitsausgaben zugrunde als das StBA bei der Berechnung der Gesundheitsausgaben.

gemessen am Bruttoinlandsprodukt – seit den neunziger Jahren betrachtet, so fällt auf, dass das deutsche Gesundheitssystem eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt ist. Der Faktor „Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP“ ist im Zeitraum von 1992 bis 2002 von 9,9 auf 10,9 Prozent gestiegen. Er war im Vergleich mit den OECD-Ländern zwischen 1992 und 1998 lediglich in den USA mit durchschnittlich 13,1 Prozent höher als in Deutschland. Seit 1999 ist dieser Faktor auch in der Schweiz etwas höher als in Deutschland (StBA 2004).

Trotz der verhältnismäßig hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland entspricht der Gesundheitsstatus der Bevölkerung gemessen an der Lebenserwartung nur dem Median aller OECD-Länder (OECD 2003). Dies bestätigt die Annahme, dass die Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem ineffizient eingesetzt werden.

Ein struktureller Wandel der Gesundheitswirtschaft war bereits Mitte der 1990er Jahre unerlässlich (Mühlbacher 2000: 54; Wasem 1997: 75). Da die wirtschaftliche Situation in Deutschland zu dieser Zeit angespannt war, ergriff die Bundesregierung Mitte der 1990er Jahre Maßnahmen, um Anreize für ein allgemeines Wirtschaftswachstum und mehr Beschäftigung zu schaffen. 1996 verabschiedete sie das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG). Ziel war es, die Lohnnebenkosten zu senken und die Beitragssätze in der Kranken- und Rentenversicherung zu stabilisieren. Das Gesetz trat zum 1. Januar 1997 in Kraft und führte in der Gesundheitswirtschaft insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu einschneidenden Veränderungen, die im Meinungsbild der Öffentlichkeit als „Reha-Krise“ bezeichnet wurden (Hartmann 2002: 127 f.).¹⁰

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten ergaben sich weitreichende Konsequenzen. So wurden die Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen um rund 31 Prozent reduziert. Die Anzahl der abgeschlossenen stationären Rehabilitationsleistungen ging von 1996 bis 1997 um rund 36 Prozent zurück, während die Anzahl der stationär behandelten Rehabilitationspatienten um rund 18 Prozent sank. Aufgrund der wesentlich geringeren Zahl der bewilligten Anträge für Rehabilitationsleistungen und der verkürzten Verweildauern ging die Auslastung der Reha-Kliniken, die in den Jahren bis 1996 noch bei über 80 Prozent lag, auf rund 63 Prozent im Jahr 1997 zurück. Die stark ge-

¹⁰ Zu den Gesetzesänderungen, die für die Rehabilitationsleistungen von Relevanz waren, siehe Hartmann 2002: 128 f.

sunkene Auslastung wirkte sich auf die Beschäftigtenzahl aus; sie sank um rund 10 Prozent. Allerdings wurden nur sehr wenige Kliniken (rund 1 Prozent) innerhalb des Jahres 1997 geschlossen (Hartmann 2002: 140 f., Zahlen vom StBA und VDR). Dies lässt sich nach Auffassung von Hartmann (2002: 147 f.) vermutlich damit erklären, dass sich die Reha-Kliniken überwiegend in privater Trägerschaft befanden und durch Bankkredite finanziert wurden. Da die Reha-Kliniken Mitte der 1990er Jahre aufgrund der geringen Auslastung zu einer Kreditrückzahlung nicht fähig waren, schrieben die Kreditgeber die Kredite in der Regel ab (Dresdner Kleinwort Benson 1999). Daher bestand in der Regel keine Notwendigkeit, die Kliniken zu schließen, solange zumindest die variablen Kosten gedeckt werden konnten. Einige Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes traten somit vermutlich zeitverzögert ein (Hartmann 2002: 147 f.).

Eine Reduzierung der Gesundheitsausgaben im Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde auch dadurch angestrebt, dass die Vorrangigkeit der stationären Rehabilitation gegenüber der ambulanten und teilstationären Rehabilitation aufgehoben wurde, soweit dies zu einem vergleichbaren Rehabilitationserfolg führt (Deutscher Bundestag 1996).¹¹ Diese Gesetzesänderung führte dazu, dass die Notwendigkeit der stationären Versorgung in Frage gestellt wurde. Als Ersatz für die stationäre Versorgung wurde das Angebot ambulanter Leistungen erforderlich (Hartmann 2002: 197). Für diejenigen Reha-Kliniken, die ausschließlich auf eine stationäre Versorgung ausgerichtet waren, bedeutete dies, dass sie neben der schwierigen finanziellen Situation mit einem verstärkten Wettbewerb durch Anbieter ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsleistungen zurecht kommen mussten. Der zunehmende Verdrängungswettbewerb wirkte sich insbesondere auf Heilbäder und Kurorte aus, die vor allem auf eine stationäre Versorgung ausgerichtet waren. Diese Entwicklung betrifft insbesondere die Untersuchungsregion Ostwestfalen-Lippe, da sie eine Vielzahl an Heilbädern und Kurorten aufweist.

¹¹ In § 15 Abs. 2 SGB I wurden die Worte „vor allem stationär“ gestrichen.

2.6 Zwischenfazit

Die Darstellung des Marktversagens bei der Versorgung mit Gesundheitsgütern zeigt, warum regulierende Eingriffe des Staates – also gesundheitspolitische Maßnahmen – erforderlich sind. Das „Anrecht“ der Menschen auf eine medizinische Grundversorgung liefert eine Begründung für die staatliche Regulierung. Ziel der Gesundheitspolitik ist es somit, unter Einsatz verschiedener Instrumente eine ausreichende Grundversorgung sicherzustellen.

In den 1990er Jahren nahmen die Gesundheitsausgaben aufgrund vielfältiger Faktoren wie dem demografische Wandel, dem medizinisch-technische Fortschritt und der wachsenden Ansprüche der Bevölkerung weiterhin zu, ohne dass es zu einer entsprechenden Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kam. Die traditionelle, sektorale Trennung der Versorgung führte zu einem ineffizienten Einsatz der Kapazitäten innerhalb des Versorgungsprozesses. Zudem konnten die Ausgaben durch die Einnahmen nicht gedeckt werden.

Die staatliche Regulierung hatte daher einen strukturellen Wandel der Gesundheitswirtschaft sowie die Eingrenzung eines weiteren Anstiegs der Gesundheitsausgaben zum Ziel. Unter den verschiedenen Maßnahmen wirkte sich das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) vom Jahr 1996 am stärksten aus. Es führte in der medizinischen Rehabilitation zur sogenannten „Reha-Krise“. Regionen wie Ostwestfalen-Lippe, die einen Schwerpunkt in der medizinischen Rehabilitation besitzen, waren von den Auswirkungen besonders betroffen.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz konnte allerdings den weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben in den folgenden Jahren nicht verhindern. Um eine Reduzierung der Kostenbelastung zu erreichen und gleichzeitig eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten, war nach Auffassung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996: 31) eine stärkere einrichtungsübergreifende Gesundheitsversorgung durch eine Integration der Leistungsanbieter notwendig. Im folgenden Kapitel 3 wird daher auf die einrichtungsübergreifende Gesundheitsversorgung näher eingegangen.

3 Gesetzliche Maßnahmen zur Förderung einer einrichtungsübergreifenden Gesundheitsversorgung

3.1 Vorbemerkung

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erhob bereits im Jahr 1994 die Forderung, eine funktional übergreifende, patientenorientierte und rationale Versorgung der Gesundheitsbedürfnisse zu gewährleisten. Nach seiner Auffassung waren die Gesundheitsleistungen des ambulanten und stationären Sektors nicht ausreichend integriert. Der Argumentation des Sachverständigenrates zufolge erschien eine engere Zusammenführung dieser beiden Sektoren sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus medizinischen Gründen notwendig. Er empfahl daher Modelle für umfassende sektorenübergreifende Versorgungsverbünde (Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, Ziffer 352 f. und 1995, Ziffer 212). Mühlbacher (2002: 16) sieht die Ursachen für Fehlentwicklungen in der deutschen Gesundheitswirtschaft ebenfalls in den starren Versorgungsstrukturen und der fehlenden Vernetzung der Leistungsanbieter. Nach Becker und Hensgen (2000: 276) ist das Gesundheitssystem dahingehend umzugestalten, dass Kooperationen für die Beteiligten lohnender sind als ihre gegenseitige Abschottung.

Diese Anforderungen an eine Modernisierung der Gesundheitsversorgung stellten die Verantwortlichen in Wirtschaft, Politik und Wissenschaft vor neue Herausforderungen. Es waren und sind noch immer intensive Anpassungsprozesse der strukturellen, politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig, um die organisatorische Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu überwinden (Mühlbacher 2002: 48). Diese Anpassungsprozesse werden aufgrund der unterschiedlichen Interessen erschwert, die von den verschiedenen Akteuren der Gesundheitswirtschaft verfolgt werden, und zeigen daher nur langsam ihre Wirkung.

3.2 Förderung einer einrichtungsübergreifenden Gesundheitsversorgung vor dem Jahr 2000: Einführung einer integrierten Versorgung

Vor dem Jahr 2000 wurde im Rahmen von Gesetzen und Gesundheitsreformen hauptsächlich versucht, die steigenden Gesundheitsausgaben durch verschiedene Maßnahmen einzugrenzen. Dies sollte gelingen, indem Leistungskataloge für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstellt wurden, um deren Kostenentwicklung zu kontrollieren.

Im Jahr 1992 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verabschiedet. Dieses Gesetz ermöglichte erstmals die Einführung einer integrierten Versorgung (Sachverständigenrat 2001: 120). Die integrierte Versorgung wurde den Krankenkassen 1993 als Gestaltungsmöglichkeit im Rahmen eines Modellvorhabens gemäß § 140 a ff. SGB V übertragen (Beske 2003: 99). Innerhalb von Modellvorhaben ist es Krankenkassen möglich, mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern selektive Verträge abzuschließen, um Erprobungen zur „Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung“ oder „zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung“ durchzuführen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind (§ 63 Abs. 1 und 2 SGB V).

Das Modellvorhaben zur integrierten Versorgung von 1993 führte jedoch nicht zum gewünschten strukturellen Wandel. Mitte 1997 fanden weitere Modellvorhaben und Strukturverträge mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ihre rechtliche Grundlage. Während Modellvorhaben auf acht Jahre begrenzt sind, gibt es für Strukturverträge keine zeitliche Befristung. Strukturverträge ermöglichen, dass Landesverbände der Krankenkassen mit Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vertraglich vereinbaren (§ 73a SGB V; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: Ziffer 684 f.).

Seit 1997 wurde zunächst eine Vielzahl von Projekten zur integrierten Versorgung entwickelt, die aber schon nach etwa zwei Jahren vernachlässigt wurden. Die Strukturen der Gesundheitsversorgung – wie auch die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors – blieben bis zum Jahr 2000 nahezu unberührt (Janßen 2000: 201; Beske 2003: 99; Wille 2004: 4).

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Als ein wesentliches Hindernis kann vermutlich die jeweils eigenständige Vergütungsregelung der Gesundheitssektoren angesehen werden. Seit 1993 wurden für die vertragsärztliche Versorgung, die Krankenhäuser und die stationäre Rehabilitation sektorale Budgets festgelegt, die die Krankenkassen zahlten (Beske/Drabinski/Wolf 2002: 87). Aufgrund des Grundsatzes des einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen war es einzelnen Krankenkassen nicht möglich, mit einem oder mehreren Leistungsanbietern individuelle Verträge abzuschließen (DKG 2002: 10). Derartiges zu vereinbarendes gemeinsames und einheitliches Handeln setzte keinerlei Anreize für Innovationen hinsichtlich der Struktur und

Qualität der Versorgung. Den Leistungserbringern fehlte daher der Anreiz Organisationsstrukturen zu entwickeln, die für die Einführung einer weitgehenden sektorenübergreifenden Versorgung notwendig gewesen wären.

3.3 Das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom Jahr 2000 zur Integration der ambulanten und stationären Versorgung

3.3.1 Die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz angestrebten Ziele

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV¹²-Gesundheitsreformgesetz (GRG) zielte ebenso wie das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 darauf ab, die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber zu senken. Die Senkung der Beiträge der Arbeitgeber zur Gesetzlichen Krankenversicherung sollte zu einer Verringerung der Lohnnebenkosten beitragen¹³. Gleichzeitig sollte die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gesichert bzw. verbessert werden (Huber 1995: 131). Dazu wurde eine strukturelle Reorganisation angestrebt, das heißt es sollten innovative, sektorenübergreifende Organisationsformen geschaffen werden. Vom Gesetzgeber wurde ein Konzept zur integrierten Versorgung entwickelt, das der Zusammenführung der ambulanten und stationären Versorgung dienen sollte. Mit dem neuen § 140 a – h SGB V wurden die Voraussetzungen für neue Kooperationsmöglichkeiten geschaffen. Im Folgenden wird das Konzept der integrierten Versorgung näher erläutert.

3.3.2 Das Konzept der integrierten Versorgung

Nach Mühlbacher (2002: 18) handelt es sich bei der integrierten Versorgung um den „Versuch, die Gesundheitsversorgung im Ganzen als eine Einheit zu begreifen“. Der Begriff der integrierten Versorgung stammt ursprünglich aus den USA und bedeutet dort die Auflösung der rechtlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit der Leistungserbringer innerhalb des Versorgungsprozesses und damit ihren Zusammenschluss (Mühlbacher 2002: 47). Dieses Konzept hat sich in Deutschland aufgrund der starken sektoralen Trennung und den damit verbundenen Anbieterinteressen bis heute nicht verwirklichen lassen. In Deutschland soll mit dem Konzept der integrierten Versorgung erreicht werden, dass die einzelnen Leistungsanbieter in den Versorgungszusammenhang von der Prävention bis zur Rehabilitation eingegliedert werden. Gemäß der funktionalen Betrachtungsweise bezieht sich die Integration auf ein „kooperatives und konfliktfreies Zusammenwirken von funktional differenzierten Elementen und

¹² GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

¹³ Die Belastung der Arbeitgeber durch die Beiträge zur GKV wird allerdings in der öffentlichen Diskussion häufig überschätzt. Sie liegt lediglich bei ca. 8 Prozent der Lohnnebenkosten (Beske 2002: 20).

Aktivitäten“ (Reimann 1995: 304). Das Konzept der integrierten Versorgung beinhaltet daher die Förderung der Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen innerhalb des Versorgungsprozesses.

Der Begriff der Integration betont die Neuordnung der Organisation der Leistungserbringung. Das Ziel der integrierten Versorgung ist eine durchlässigere Gestaltung der Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Dazu ist der Aufbau von Netzwerken der Leistungserbringer innerhalb des gesamten Versorgungsprozesses erforderlich (Rosenbrock 1999: 18). Zu unterscheiden ist zwischen der vertikalen und horizontalen Integration (Mühlbacher 2002: 65):

„Bei der horizontalen Integration kooperieren Mitbewerber, die auf dem Gesundheitsmarkt die gleiche medizinische oder pflegerische Dienstleistung erbringen. Diese Form der Kooperation ist im eigentlichen Sinne nicht als Integrierte Versorgung zu bezeichnen, da nur Leistungen einer Versorgungsstufe angeboten werden. Verpflichten sich die Leistungsanbieter, im Rahmen der horizontalen Integration die Verantwortung für den gesamten Versorgungszusammenhang zu übernehmen, dann kann man von einer Integration der Leistungen sprechen. Im Gegensatz dazu kooperieren bei der vertikalen Integration die Leistungsanbieter entlang des Versorgungskontinuums“.

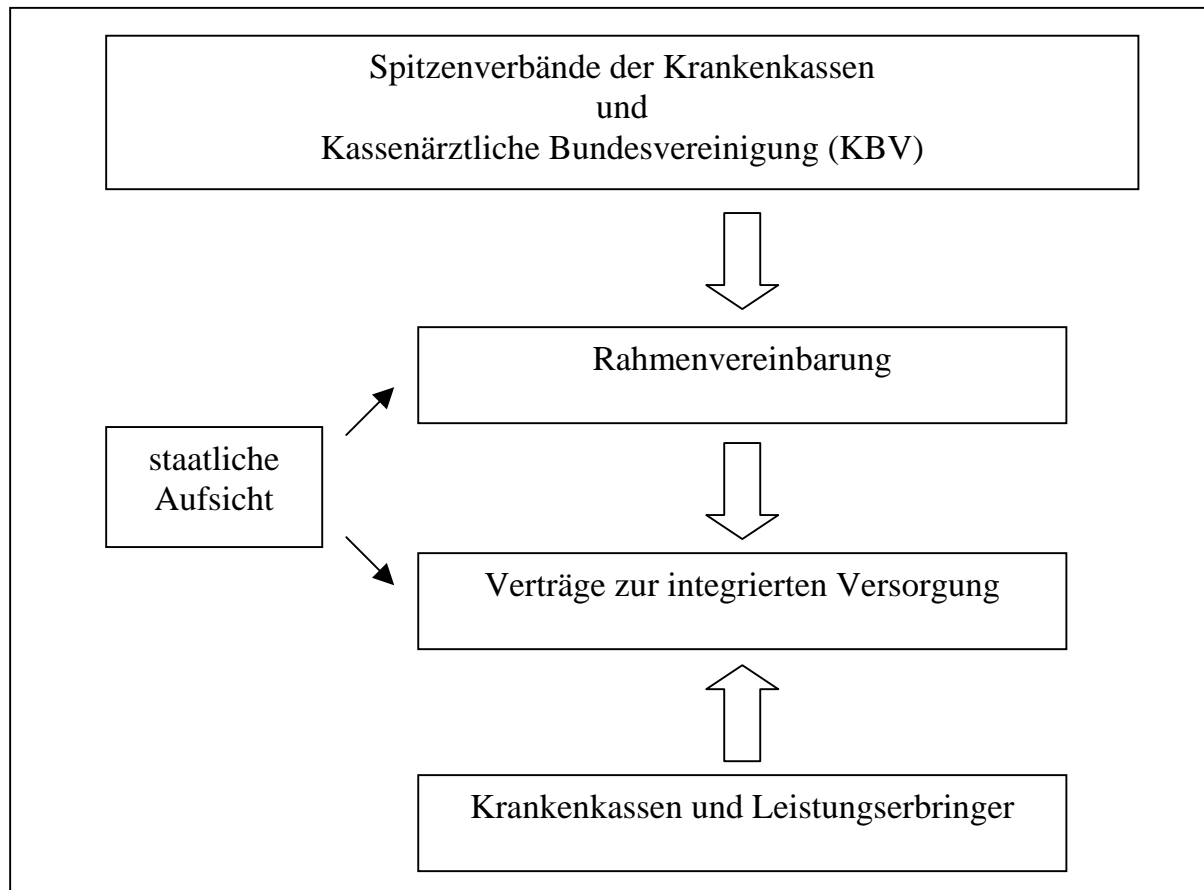
Nach Auffassung von Mühlbacher (2002: 65) können horizontal kooperierende Leistungsanbieter die Verantwortung für den gesamten Versorgungszusammenhang übernehmen, indem sie als sogenannte „Gatekeeper“ fungieren. Beispielsweise könnten Ärzte, die in einem Ärztenetzwerk zusammenarbeiten, die Aufgabe übernehmen, den Patienten während ihres gesamten Behandlungsablaufes beratend zur Seite zu stehen. Unter Zugrundelegung dieser Definition ist nicht nur eine strukturelle Reorganisation bezüglich der vertikalen Ebene, sondern auch bezüglich der horizontalen Ebene der Leistungserbringung anzustreben.

Mit dem im Jahr 2000 neu eingeführten § 140 a - h SGB V ergaben sich zwar eine Vielzahl neuer Kooperationsmöglichkeiten, sie bezogen sich allerdings nur auf die vertikale Ebene der Leistungserbringung. Horizontale Kooperationen blieben unberücksichtigt (DKG 2004 a: 4 f.).

Die Trennung des ambulanten und stationären Sektors konnte nun mittels vertraglicher Vereinbarungen überbrückt werden. Die schon vor dem Jahr 2000 praktizierten Kooperationsmodelle wurden durch die neu eingeführten Regelungen erweitert. Als Beispiel eines herkömmlichen Kooperationsmodells sei das sogenannte Belegarztsystem genannt, bei dem niedergelassene Ärzte Operationen in Krankenhäusern durchführen und ihnen dort Belegbetten für ihre Patienten zur Verfügung gestellt werden (DKG 2002: 10).

In den neuen Gesetzesabschnitten wurde die Teilnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Vertragspartner bei der integrierten Versorgung nicht geregelt. Da das Bundesschiedsamt beschloss, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen die Einbeziehung in Verträge offen stehen sollte, wurde gemäß § 140 d SGB V eine Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen (DKG 2002: 17- 46). Abbildung 3 zeigt, dass die erstellte Rahmenvereinbarung für Verträge zur integrierten Versorgung zugrunde gelegt wurde. Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern individuelle Verträge ab. Bei der Vertragsgestaltung ist die Kassenärztliche Vereinigung aber nicht zwingend einzubeziehen (§ 1 der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V). Der Staat übt die Aufsicht über die Gestaltung der Rahmenvereinbarung und die Vertragsgestaltung aus.

Abb. 3 Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Becker/Hensgen 2000: 278

3.3.3 Gesetzliche Vorgaben zur integrierten Versorgung vom Jahr 2000

In der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V wurde die zukünftige Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben festgelegt. Sie wurde am 27.10.2000 beschlossen (Mühlbacher 2002: 17, 59 f.). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen definierten die integrierte Versorgung darin als „leistungssektorenübergreifende Versorgung im Verbund mehrerer Leistungserbringer“ (KBV, Rahmenvereinbarung § 2 Inhalte der integrierten Versorgung, Abs.1). Sie legen darin folgende Zielsetzung fest: „Mit Verträgen zur integrierten Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und interdisziplinäre Versorgung der Versicherten erreicht werden, die sektorale Schranken überwindet und bei Leistungsverlagerungen eine entsprechende Änderung der Finanzierungsströme sicherstellt“ (KBV, Präambel der Rahmenvereinbarung). Es ist „eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ zu gewährleisten, die dem allgemeinen Stand des medizinischen Fortschritts entspricht (KBV, Rahmenvereinbarung § 2 Abs.1).

Neben dieser Zielsetzung wurde festgelegt, welche Partner Verträge zur integrierten Versorgung abschließen können, welche Inhalte die Verträge umfassen sollen, welche Ansprüche die Versicherten haben, welche organisatorischen Voraussetzungen vorliegen müssen und welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Leistungen zu ergreifen sind.

Neu an der integrierten Versorgung ist ihre einzelvertragliche Basis. Einzelne Krankenkassen können mit einem oder mehreren Leistungsanbietern Verträge abschließen (§ 140 b SGB V). Dies war vorher aufgrund des Grundsatzes des einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen nicht möglich. Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Verträge besteht weitestgehend Gestaltungsfreiheit (DKG 2002: 10).

Leistungserbringer, die eine integrierte Versorgung anbieten können, sind nach § 140 b Abs. 2 SGB V

- Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte,
- Träger zugelassener Krankenhäuser,
- Träger von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
- einzelne sonstige an der Versorgung der Versicherten teilnehmende Leistungserbringer sowie
- Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.

Die Leistungserbringer müssen sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten (§ 140 b Abs.3 SGB V). Die Voraussetzungen zur Teilnahme der Vertragsärzte an der integrierten Versorgung gehen aus den §§ 6 - 8 der Rahmenvereinbarung hervor. Zu den Voraussetzungen zählen unter anderem organisatorische Anforderungen: Es muss eine Rechtsform bestehen, die die Haftung für eingegangene Verpflichtungen sicherstellt und es ist ein Management einzurichten, das die auf die Versorgungskonzeption abgestellte Organisations- und Finanzierungsplanung übernimmt. Es müssen Konzeptionen für die sektorenübergreifende Versorgung der teilnehmenden Versicherten und für ein wirksames Qualitätsmanagement vorliegen. Die beteiligten Vertragsärzte sind dazu verpflichtet, ihre Leistungen zu dokumentieren und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass ein elektronischer Informationsaustausch mit den Vertragspartnern stattfinden kann.

Darüber hinaus können entsprechend dem vereinbarten Versorgungsauftrag weitere Voraussetzungen im Vertrag festgelegt werden, die die Ärzte zu erfüllen haben, z. B. eine bestimmte fachliche Ausrichtung, Zusatzqualifikationen, eine besondere technische oder personelle Ausstattung der Praxen oder auch die Zulassung in der Region, in der die integrierte Versorgung angeboten wird (KBV; Rahmenvereinbarung §§ 6 - 8).

Die Vergütung der Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung ist in § 140 c SGB V nicht verbindlich geregelt worden, daher wurde sie in die Rahmenvereinbarung aufgenommen (§§ 2, 14 - 16). Zur Vergütung der Leistungen müssen die Vertragspartner sicherstellen, dass eine angemessene Finanzierung verfügbar ist. Die Vergütung der Leistungserbringer durch die Vertragspartner erfolgt unter Berücksichtigung der Finanzierungsmöglichkeiten als Festbetrag, nach Einzelleistungen, als Kopf- oder Fallpauschale oder auch als Verbindung aus verschiedenen Berechnungsarten. Dafür steht den Vertragspartnern in der Regel ein gemeinsames Budget zur Verfügung. Den Vertragspartnern steht es frei, Einsparungen bei der Leistungserbringung untereinander aufzuteilen.

Bei den Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung kam es zu einer Übereinstimmung dahingehend, dass alle beitrittswilligen Krankenkassen bzw. ihre Verbände und auch die Ärzte die Möglichkeit erhalten sollten, zu Beginn des Jahres 2002 einer Vereinbarung zur integrierten Versorgung beizutreten. Die gesetzlich krankenversicherten Patienten bekamen das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen (§ 140 a Abs. 2 SGB V). Es wurde angestrebt, dass die integrierten Versorgungsformen auf Dauer allen GKV-Versicherten angeboten werden (KBV, Rahmenvereinbarung §§ 4 - 7).

3.3.4 Verwirklichung des Konzeptes der integrierten Versorgung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom Jahr 2000

Die seit Anfang des Jahres 2000 gebildeten neuen Kooperationsformen in der Gesundheitswirtschaft wurden überwiegend nicht über das Projektstadium hinaus entwickelt. Ein Grund dafür wird darin gesehen, dass das Gesundheitsreformgesetz von 2000 die Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner bei der integrierten Versorgung zu stark einschränkte. Beispielsweise waren Vertragsabschlüsse mit einzelnen Vertragsärzten nicht möglich. Als Vertragspartner kamen lediglich die Kassenärztlichen Vereinigungen in Betracht (Rahmenvereinbarung gemäß § 140 d SGB V). Die Rahmenvereinbarung sah außerdem vor, dass nach zweijährigem Bestehen eines Integrationsmodells

auch konkurrierende Leistungserbringer und Krankenkassen den Verträgen ohne Zustimmung der Vertragspartner beitreten konnten. Dieses nachträgliche Beitrittsrecht lähmte jegliche Innovationsbereitschaft, da es Konkurrenten dazu anregte, bereits bestehende, gut funktionierende Versorgungsmodelle als „Trittbrettfahrer“ für sich zu nutzen (Wille 2000: 40).

Durch die Rahmenvereinbarung wurden somit die Möglichkeiten der Leistungserbringer und Krankenkassen, sich durch neuartige Versorgungskonzepte bei den Versicherten zu profilieren, stark eingeschränkt. Sie strebten daher eine Ausweitung der Möglichkeiten bei individuellen Vertragsabschlüssen an. Darüber hinaus sollten die für kompliziert erachteten Vergütungsmechanismen vereinfacht werden (IWW 2004; Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 133-135).

Ein weiteres Hindernis bestand darin, dass die Krankenkassen dazu verpflichtet waren, ihre Beitragssätze gemäß § 71 Abs. 1 SGB V stabil zu halten. Die Krankenkassen hatten somit keine Möglichkeit, die erhebliche Investitionskosten, die mit der Umsetzung der integrierten Versorgung anfänglich verbunden sind, über Beitragssatzerhöhungen auszugleichen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: Ziffer 693).

Die gesetzliche Ausgestaltung der integrierten Versorgung vom Jahr 2000 ermöglichte es somit nicht, die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden (DKV 2002: 9). Wie schon vor der Reform vertrat die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Auffassung: „Strikt getrennte Leistungsbereiche folgen nicht dem medizinischen Handlungsbedarf sowie den Patientenbedürfnissen und erfordern eine ausgabenintensive Doppelvorhaltung personeller und sachlicher Ressourcen“. Ihrer Ansicht nach war eine weitere Strukturveränderung notwendig, die soweit gehen sollte, dass zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ein qualitätsorientierter Leistungswettbewerb entsteht. Beispielsweise sollten sich Krankenhäuser als Teilnehmer an der integrierten Versorgung zu Dienstleistungszentren entwickeln, die dann ebenso wie die niedergelassenen Ärzte ambulante Leistungen anbieten. Diese Strukturveränderung würde nach Auffassung der DKV dazu führen, dass die Gesundheitseinrichtungen medizinische Leistungen umfassender, qualitativ hochwertiger sowie effizient anbieten und es dadurch zu mehr Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft kommt.

Neben einer Steigerung des Wettbewerbs der Gesundheitseinrichtungen wollte der Gesetzgeber weitere Einsparungen in der Gesundheitswirtschaft zur finanziellen Stabilisierung der GKV realisieren. Daher wurde Anfang 2004 das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft gesetzt.

3.4 Das GKV-Modernisierungsgesetz vom Jahr 2004 zur Erweiterung der einrichtungübergreifenden Gesundheitsversorgung

3.4.1 Erweiterung der integrierten Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 01.01.2004 möchte der Gesetzgeber die Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren vorantreiben. In § 140 a – d SGB V wurden neue Regelungen zur integrierten Versorgung getroffen. Der Begriff der integrierten Versorgung wurde neu bestimmt. Nach § 140 a Abs.1 handelte es sich bisher um „eine verschiedene Leistungssektoren¹⁴ übergreifende Versorgung der Versicherten“. Nach der alten Regelung umfasste die integrierte Versorgung daher ausschließlich die Vernetzung der ambulanten und stationären Leistungserbringung, also die vertikale Vernetzung (DKG 2004 a: 5). Die Anbieter integrierter Leistungen mussten Vertreter verschiedener Leistungssektoren sein. Dies war beispielsweise der Fall, wenn Rehabilitationseinrichtungen mit Gemeinschaften niedergelassener Ärzte oder heilberuflich Tätiger Kooperationsverträge im Rahmen der integrierten Versorgung abschlossen.

Seit dem 01.01.2004 ist die Alternative „oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ hinzugekommen. Damit werden auch horizontale Vernetzungen als Formen der integrierten Leistungserbringung anerkannt, so wie es bereits vor dem Jahr 2000 von Vertretern der Gesundheitswirtschaft gefordert wurde. Eine horizontale Vernetzung kann es beispielsweise in der stationären Versorgung zwischen verschiedenen Fachabteilungen mehrerer Krankenhäuser geben (DKG 2004 a: 5). Das GKV-Modernisierungsgesetz trägt damit entscheidend zur Flexibilisierung der Vertragsstrukturen bei.

Der Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern ist wie schon seit dem Jahr 2000 weiterhin möglich (Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage). Die Krankenkassen haben nun aber auch die Freiheit, Verträge mit einzelnen Vertragsärzten (einschließlich Vertragszahnärzten) abzuschließen. Es gilt somit der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Bisher war ein Vertragsabschluss nur mit

¹⁴ Mit den Leistungssektoren sind der ambulante und stationäre Sektor gemeint.

Gemeinschaften von Vertragsärzten möglich, wie z. B. mit Praxisnetzen¹⁵. Die Kassenärztliche Vereinigung wird nicht mehr wie bisher als Vertragspartner einbezogen (§ 140 b Abs. 1 SGB V). Daher gibt es auch keine verpflichtende Rahmenvereinbarung mehr zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung; § 140 d entfällt. Ebenso entfällt § 140 e zur Rahmenvereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Verbänden der Krankenkassen (DKG 2004 a: 6).

Neben der bisherigen Versorgung ermöglicht das GKV-Modernisierungs-Gesetz das Angebot von ambulanten und rehabilitativen Behandlungen durch Krankenhäuser. Die neuen gesetzlichen Regelungen bieten Krankenhäusern die Möglichkeit, sich zu einem Dienstleistungszentrum mit einem umfassenden Versorgungsangebot weiter zu entwickeln. Dies kann durch Kooperationen mit anderen Leistungserbringern erfolgen. Wenn beispielsweise ein Krankenhaus die Erbringung von ambulanten fachärztlichen Leistungen über Kooperationsverträge mit Vertragsärzten sicherstellt, handelt es sich um ein integriertes Versorgungsangebot. Das Krankenhaus übernimmt die Verantwortung für die Leistungen des ambulanten Sektors und ist alleiniger Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkasse. Bei der integrierten Versorgung ist es somit nicht zwingend notwendig, dass beide Sektoren (der ambulante und der stationäre) Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkasse sind (DKG 2004 a: 2-5).

Bisher bezog sich die Integration nur auf ambulante und stationäre Leistungen, die im Rahmen der bestehenden Zulassung der beteiligten Leistungserbringer erbracht wurden. Seit dem 01.01.2004 können integrierte Leistungen nach Absprache der Vertragspartner nun auch dann erbracht werden, wenn sie vom Zulassungs- und Ermächtigungsstatus des Leistungserbringers nicht gedeckt werden (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Das heißt, es können z. B. Krankenhäuser Einzelverträge mit Krankenkassen abschließen, die es ihnen erlauben, ambulante Leistungen zu erbringen, auch wenn sie dazu nicht zugelassen oder ermächtigt sind. Ein Krankenhaus muss nun, um ambulante Leistungen in einem bestimmten Fachgebiet anbieten zu können, zwar nicht mit einem Anbieter ambulanter Leistungen kooperieren, aber in dem entsprechenden Fachgebiet einen Facharzt beschäftigen. Eine Beschränkung des Leistungsangebots besteht nur insofern, als in der Integrationsversorgung keine Leistungen erbracht werden können,

¹⁵ Praxisnetze entstanden bereits in den 1990er Jahren als Modellprojekte, also schon vor dem Gesundheitsreformgesetz vom Jahr 2000.

die von keinem der beteiligten Leistungserbringer durch den Facharztstatus gedeckt sind (DKG 2004 a: 5-9).

Während als Kooperationspartner bisher nur Träger von Krankenhäusern, stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Frage kamen, können nun auch Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern anbieten (Managementgesellschaften), und sogenannte „Medizinische Versorgungszentren“ Kooperationspartner sein (DKG 2004 a: 4). Beispielsweise können Krankenhäuser Kooperationsverträge mit Managementgesellschaften oder Medizinischen Versorgungszentren abschließen. Managementgesellschaften kommen nun auch als Kooperationspartner in Frage, da das Management eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg und das Bestehen von Kooperationen und Netzwerken zur integrierten Versorgung ist. Managementprobleme stellten ein Hindernis bei der Umsetzung der integrierten Versorgung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom Jahr 2000 dar.

Der Beitritt zu bereits bestehenden Kooperationen und Netzwerken ist ebenfalls neu geregelt worden. Durch die Aufhebung der Rahmenvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Beitritt seit dem 01.01.2004 nicht mehr ohne weiteres möglich. Er bedarf der Zustimmung aller Vertragspartner (§ 140 b Abs. 5 SGB V). Somit ist es konkurrierenden Leistungserbringern und Krankenkassen nicht mehr möglich, den Verträgen ohne Zustimmung der Vertragspartner beizutreten und bereits gut funktionierende Versorgungsmodelle für sich zu nutzen.

Die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen können ihren Patienten aufgrund der neuen Kooperationsmöglichkeiten eine umfassendere Gesundheitsversorgung anbieten als bisher. Beispielsweise können sogenannte „Lotsen“ eingesetzt werden, die den Patienten während des gesamten Behandlungsablaufs von ihrer Aufnahme bis zur Entlassung beratend zur Seite stehen. Bei Versorgungskonzepten, die ein solches Leistungsangebot beinhalten, fallen die Kosten verglichen mit den Kosten der Regelversorgung gemäß einer Studie der Sana Care AG durchschnittlich um 21,5 Prozent geringer aus (Gerresheim 2000: 49).

Besondere Gesundheitsleistungen – wie die Begleitung der Patienten durch einen Lotsen – werden von den Kooperationspartnern gemeinsam finanziert und sind daher in die Verträge zur integrierten Versorgung aufzunehmen. Bei der inhaltlichen Gestaltung der Verträge zur integrierten Versorgung besteht eine weitgehende Gestaltungsfreiheit, um dem gewünschten Innovationsprozess Rechnung zu tragen (DKG 2004 a: 6). Vertragsgegenstand sind wie bisher die von den gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassenen Leistungen, die Art und Qualität der medizinischen Leistungen, die Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen, die Finanzierung, die Dokumentation und der Datenfluss (§ 140 b Abs. 3 und § 140 c SGB V).

Um bei der Erarbeitung und Umsetzung der Konzepte zur integrierten Versorgung finanzielle Anfangsschwierigkeiten zu überwinden, erlaubt der Gesetzgeber den Krankenkassen, den Grundsatz der Beitragsstabilität¹⁶ für Verträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, zu missachten (§ 140 b Abs. 4 SGB V). Würde der Grundsatz der Beitragsstabilität auch für Verträge der integrierten Versorgung gelten, hätte dies zur Folge, dass die Krankenkassen die erhöhten Kosten, die in der Anfangsphase auftreten, durch Einsparungen in anderen Bereichen kompensieren müssten. Bei den Kosten in der Anfangsphase kann es sich beispielsweise um Investitionen für die erforderliche Infrastruktur in den beteiligten Gesundheitseinrichtungen handeln (DKG 2004 a: 15).

Vom Gesetzgeber ist vorgesehen, dass für die Umsetzung der integrierten Versorgung keine zusätzlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung soll aus einer Umverteilung vorhandener Mittel erfolgen. Zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung werden daher von den Krankenkassen zwischen den Jahren 2004 und 2006 bis zu 1 Prozent von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen abgezogen und einbehalten (§ 140 d SGB V). Mit den einbehaltenen Mitteln soll die Umsetzung abgeschlossener Integrationsverträge gewährleistet werden. Es dürfen daher nur Mittel einbehalten werden, die tatsächlich für die Umsetzung der Verträge erforderlich sind (DKG 2004 a: 9-14).

Zur Umverteilung der finanziellen Mittel muss in den Verträgen zur integrierten Versorgung festgelegt werden, auf welche Versorgungsregion sie sich beschränken. Diese

¹⁶ Der Grundsatz der Beitragsstabilität besagt, dass zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu vereinbarenden Vergütungen nur in dem Maße angepasst werden dürfen, wie sich die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung verändern (§ 71 Abs. 1 SGB V).

Region muss mit dem Bezirk einer oder mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen identisch sein. Wenn sich beispielsweise der Integrationsvertrag einer Krankenkasse auf die Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe¹⁷ bezieht, so werden in diesem Bezirk bis zu einem Prozent von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einbehalten. Der einprozentige Pauschalabzug kann eine jährliche Schmälerung des Krankenhausbudgets um bis zu 460 Millionen Euro bedeuten (Flintrop 2004). Von der Einbehaltung sind diejenigen Krankenhäuser der entsprechenden Versorgungsregion betroffen, die Versicherte der Krankenkasse behandeln, die einen Integrationsvertrag abgeschlossen hat. Darunter fallen auch diejenigen Krankenhäuser, die selbst Vertragspartner sind. Zur Einbehaltung kommt es, sobald in der betreffenden Region ein Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen wird. Die Einbehaltung bei Krankenhäusern ist davon unabhängig, ob die Verträge tatsächlich Krankenhausleistungen beinhalten. Das gleiche gilt bei der Einbehaltung der Vergütung von Vertragsärzten (DKG 2004 a: 9 f.).

Diejenigen Leistungserbringer, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, erhalten die Vergütung ihrer integrativen Leistungen in den Jahren 2004 bis 2006 über das bisherige Budget. Nur wenn im Rahmen der integrierten Versorgung mehr oder andersartige Leistungen erbracht werden, werden diese zusätzlich aus der Anschubfinanzierung vergütet. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus zusätzlich ambulante Leistungen erbringt. Leistungserbringer, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, haben somit die Möglichkeit, die von der Krankenkasse einbehaltene Vergütung zurück zu bekommen (DKG 2004 a: 11).

Problematisch ist die Anschubfinanzierung insofern, als es aufgrund des Anreizes, die einbehaltene Vergütung zurückzubekommen, zu einer Vielzahl unausgereifter Konzepte zur integrierten Versorgung kommen kann. Auch die zeitliche Befristung der Anschubfinanzierung bis zum Jahr 2006 trägt nicht zur Förderung einer langfristig angelegten inhaltlichen Ausgestaltung der Konzepte bei. Für eine flächendeckende Umsetzung der integrierten Versorgung wird vermutlich eine Finanzierung notwendig sein, die über die Anschubfinanzierung weit hinaus geht.

¹⁷ Der Landesteil Westfalen-Lippe umfasst die Regierungsbezirke Detmold (OWL), Arnsberg und Münster.

3.4.2 Medizinische Versorgungszentren als neue Kooperationsform

Neben der Erweiterung der integrierten Versorgung ermöglicht die Gesetzgebung seit dem 01.01.2004 die Zulassung „Medizinischer Versorgungszentren“ (§ 95 SGB V).¹⁸ Sie sollen dazu beitragen, die Schnittstellen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung zu überbrücken. Medizinische Leistungen sollen dadurch umfassender, mit höherer Qualität und Wirtschaftlichkeit angeboten werden (Deutscher Bundestag 2003: 294). Laut § 95 Abs. 1 SGB V handelt es sich bei Medizinischen Versorgungszentren um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen. „Fachübergreifend“ bedeutet, dass dort mindestens zwei Ärzte verschiedener Fachgebiete als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der Geschäftsführung muss mindestens ein Arzt angehören (DKG 2004 b: 21-23). Gemäß der Gesetzesbegründung sollen sich Medizinische Versorgungszentren zudem durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Leistungserbringern der ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufe auszeichnen (Deutscher Bundestag 2003: 294).¹⁹

Der Vorteil dieser neuen Versorgungsform liegt insbesondere darin, dass sie erstmals eine enge, weitgehend institutionalisierte Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern ermöglicht (Deutscher Bundestag 2003: 294; Theilmann 2003: 526).²⁰ Wenn Ärzte z. B. in Medizinischen Versorgungszentren mit der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder auch mit Krankengymnasten zur schnelleren Wiederherstellung der Gesundheit eng kooperieren, dann werden auf diese Weise qualitätsgefährdende Schnittstellen überwunden. Eine solche enge Zusammenarbeit ist insbesondere bei der Behandlung komplexer Krankheitsbilder und chronisch kranker Patienten von großer Bedeutung (Behnsen 2004: 605).

Zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren sind nach § 95 Abs. 1 SGB V alle Leistungserbringer berechtigt, die aufgrund ihrer Zulassung, Ermächtigung oder eines Vertrags mit der GKV an der medizinischen Versorgung teilnehmen, also z. B. Krankenhäuser, Anbieter häuslicher Krankenpflege oder auch Apotheken. Damit wird sichergestellt, dass sich die Leitung der Medizinischen Versorgungszentren primär an

¹⁸ Über die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums entscheidet der Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (Theilmann 2003: 527).

¹⁹ Diese Vorgabe wurde allerdings nicht in den Gesetzestext aufgenommen und ist daher nicht zwingend (DKG 2004 b: 21).

²⁰ Es handelt sich bei den Medizinischen Versorgungszentren genaugenommen nur in den alten Bundesländern um eine völlig neue Versorgungsform, denn ihre „Vorgänger“ sind die Polikliniken der neuen Bundesländer. Näheres hierzu siehe Behnsen 2004: 602-604.

medizinischen Vorgaben orientiert (Deutscher Bundestag 2003: 294). Es soll z. B. keine Gewinnorientierung im Vordergrund stehen. Als gemeinsame Gründer können sich z. B. ein Krankenhaus und eine Pflegeeinrichtung, aber auch ausschließlich Krankenhäuser zusammenfinden (DKG 2004 b: 15-17). Auch Gründungen durch Leistungserbringer der ambulanten Versorgung, z. B. durch Vertragsärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer wie Physiotherapeuten und Logopäden, sind möglich. Die gesetzlichen Vorgaben ermöglichen damit sowohl vertikale als auch horizontale Kooperationen.

Nicht gründungsberechtigt sind z. B. Pharmaunternehmen, da bei ihrer Unternehmertätigkeit nicht medizinische Vorgaben im Vordergrund stehen, sondern eher die Gewinnorientierung (Behnsen 2004: 605). Da der Gesetzgeber neben der primären Orientierung an medizinischen Vorgaben eine unternehmerische Führung der Medizinischen Versorgungszentren fordert, sind öffentliche Gesundheitseinrichtungen, also Bund, Länder und Kommunen, sowie Sozialversicherungsträger und Wohlfahrtsverbände als Träger nicht zugelassen (Behnsen 2004: 604).

Medizinische Versorgungszentren bieten Leistungserbringern den Vorteil, durch die Kooperationen untereinander ein breiteres Angebotsspektrum als bisher anbieten zu können und damit in der Regel ihre Nachfrage zu erhöhen. Die Patienten können verschiedene Gesundheitsleistungen an einem Ort „aus einer Hand“ in Anspruch nehmen. Gleichzeitig eröffnet sich den Leistungserbringern die Möglichkeit, durch die gemeinsame Nutzung der Ressourcen wirtschaftlicher zu arbeiten. Ärzte und andere heilberuflich Tätige können in Medizinischen Versorgungszentren freiberuflich oder angestellt tätig sein. Berufsanfängern bietet dies insofern eine Perspektive, als sie im Rahmen eines angestellten Beschäftigungsverhältnisses nicht die ökonomischen Risiken der Gründung einer Niederlassung eingehen. Nach fünf Jahren haben sie die Möglichkeit, die Zulassung für ihre eigene freiberufliche Tätigkeit zu nutzen (Deutscher Bundestag 2003: 294). Somit sind sie nicht dauerhaft an eine Tätigkeit im Medizinischen Versorgungszentrum gebunden.

Krankenhäuser haben durch die Gründung Medizinischer Versorgungszentren die Chance, ambulante Leistungen anzubieten, z. B. zur Weiterbehandlung frühzeitig entlassener Patienten. Durch das erweiterte Versorgungsangebot können sie sich am ambulanten Markt positionieren und Wettbewerbsvorteile aufbauen. Für sie ist die Kooperation mit bereits zugelassenen Ärzten sinnvoll, da die Gründung eine Zulassung erfordert und in der vertragsärztlichen Versorgung fast in allen medizinischen Fachge-

bieten nahezu bundesweit eine Überversorgung besteht (IWW 2004). Bei bestehender Überversorgung in einem Planungsbereich werden Neuzulassungen beschränkt. Die Gründung Medizinischer Versorgungszentren wird in solchen Gebieten gemäß § 103 Abs. 4 a SGB V ermöglicht:

- Niedergelassene Vertragsärzte können ihre Zulassung in die Medizinischen Versorgungszentren einbringen und werden dann in ein Angestelltenverhältnis übernommen;
- die Medizinischen Versorgungszentren können sich um die Nachfolge frei werdender Praxissitze bewerben.

Für die Träger Medizinischer Versorgungszentren ist die Anstellung von Ärzten auch deshalb erstrebenswert, da mit ihnen nicht wie mit freiberuflich tätigen Ärzten (als Mitgesellschafter) die Verteilung eines gemeinsamen Budgets verhandelt werden muss. Den Trägern wird eine Gewinnbeteiligung an den Praxen ermöglicht. Es ist allerdings fraglich, ob selbständige Ärzte dazu bereit sind, ihre freiberufliche Tätigkeit gegen ein Angestelltenverhältnis einzutauschen, bei dem sie sich in finanzielle Abhängigkeit zum Träger begeben.

Wenn ein Medizinisches Versorgungszentrum Kooperationen mit Krankenhäusern eingeht und integrierte Versorgungsverträge nach § 140 b SGB V abgeschlossen werden, dann ergibt sich für die Krankenhäuser der Vorteil, dass freiberuflich tätige Ärzte des Medizinischen Versorgungszentrums nach §§ 107, 108 SGB V über Dienstverträge einer Angestelltentätigkeit in den Krankenhäusern nachgehen können. Dies war bisher aufgrund des § 20 der Ärztezulassungsverordnung nicht möglich (Theilmann 2003: 527). Den Krankenhäusern bietet diese neue Regelung die Möglichkeit, Spezialisten an sich zu binden und damit ein vielfältigeres Dienstleistungsangebot zu schaffen.

Daneben können Medizinische Versorgungszentren mit weiteren Leistungserbringern zusammenarbeiten. Beispielsweise kann es niedergelassenen Vertragsärzten freigestellt werden, die medizinischen Einrichtungen des Zentrums mitzunutzen, soweit dies mit den rechtlichen Bestimmungen der vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbar ist (Deutscher Bundestag 2003: 294).

Unabhängig davon, ob sich die teilnehmenden Leistungserbringer in ein Angestelltenverhältnis begeben oder dem Medizinischen Versorgungszentrum freiberuflich als Ge-

sellschafter beitreten, ist anzunehmen, dass sie langfristig gebunden werden. Dies bringt für alle beteiligten Einrichtungen den Vorteil mit sich, dass sie eine bessere, langfristig planbare Kapazitätsauslastung erreichen können. Durch die gemeinsame Bereitstellung von Personal und die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, medizinische Einrichtungen, Geräten und Materialien können Kosten reduziert werden.

Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass die teilnehmenden Einrichtungen die dafür notwendige Flexibilität besitzen und in der Anfangsphase zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen müssen. Nach Ansicht des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) sind Krankenhäuser aufgrund ihrer schwierigen finanziellen Situation nur dann zu einer Teilnahme an Medizinischen Versorgungszentren in der Lage, wenn sie bereits wirtschaftlich arbeiten, ihre „Strukturen und Prozesse optimieren und im Bereich der Ergebnis- und Servicequalität einen hohen Standard erreichen“ (DKG 2003: 754).

Daneben hängen die Möglichkeiten bei den Vertragsabschlüssen und der Umsetzung auch von der Einstellung der Kostenträger zu den neuen Versorgungsformen ab (Ossen 2003: 975). Die Gesundheitseinrichtungen unterbreiten den Kostenträgern ihr Angebot zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums. Diese haben dann die freie Entscheidung darüber, ob sie das Angebot annehmen oder nicht. Die Gesundheitseinrichtungen haben laut Gesetzgebung keinen Anspruch auf die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums und müssen daher die Kostenträger von ihren Leistungen überzeugen. Daher ist anzunehmen, dass große Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen, die bereits kooperieren, bei Verhandlungen mit den Kostenträgern einen größeren Spielraum haben, so dass sie häufiger und schneller dazu in der Lage sind, ihre Ideen tatsächlich umzusetzen.

3.5 Zwischenfazit

Die Gesundheitsreformen in den Jahren 2000 und 2004 hatten zum Ziel, die Versorgung der Patienten durch Kooperationen und Netzwerke zwischen den Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Schnellere Übergänge an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung sollen einen reibungslosen Ablauf der medizinischen Versorgung der Patienten ermöglichen. Dies ist insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker Patienten wichtig, auf die ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben entfällt. Die Senkung der Gesundheitsausgaben ist neben einer besseren Versorgung der Patienten ein wichtiges Anliegen des Gesetzgebers.

Während die Gesundheitsreform von 2000 nur die Integration des ambulanten und stationären Sektors – also vertikale Kooperationen – zuließ, geht die Gesundheitsreform von 2004 einen Schritt weiter und ermöglicht darüber hinaus eine interdisziplinär-fachübergreifende und damit horizontale Integration. Daneben sind seit dem Jahr 2004 Medizinische Versorgungszentren als neue Kooperationsform zugelassen. Sie ermöglichen erstmals eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Leistungserbringern unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit Leistungserbringern nicht-ärztlicher Heilberufe. Seit 2004 wird den Gesundheitseinrichtungen somit bei Vertragsabschlüssen über Kooperationen ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt, um die Anzahl und Vielfalt der Kooperationen zu erhöhen.

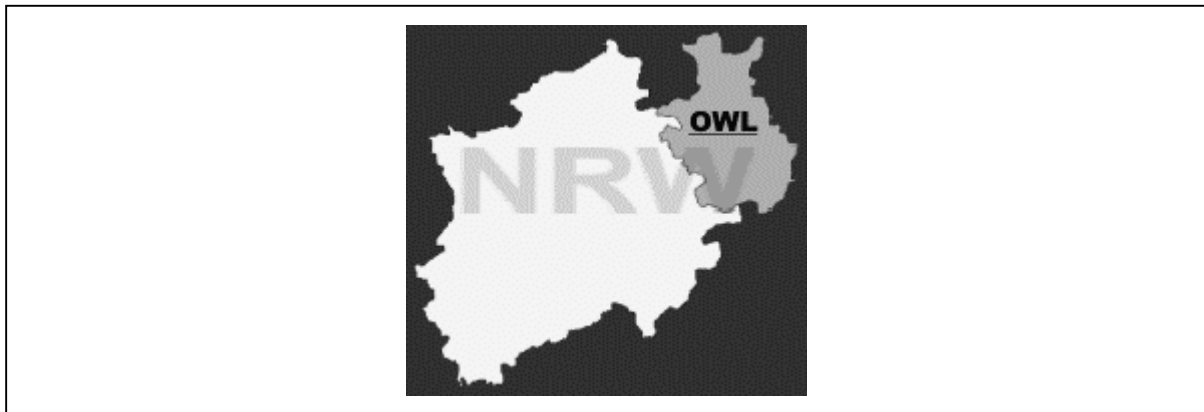
Für die Region Ostwestfalen-Lippe stellt sich die Frage, inwieweit die Reformen bereits durch die Gesundheitseinrichtungen umgesetzt wurden und in den nächsten Jahren noch umgesetzt werden. Die empirische Untersuchung der Region zielt deshalb darauf ab, zu klären, wie intensiv in der Gesundheitswirtschaft kooperiert wird und wie sich die Kooperationsintensität verändert. Sowohl vertikale als auch horizontale Kooperationen zwischen den Gesundheitseinrichtungen werden in die Untersuchung einbezogen. Die Einschätzungen der Gesundheitseinrichtungen zu den Veränderungen der Kooperationen in Ostwestfalen-Lippe werden über einen Zeitraum von fünf Jahren von 2001 bis 2005 untersucht.

4 Charakterisierung der Region Ostwestfalen-Lippe

4.1 Regionale Besonderheiten

Die Region Ostwestfalen-Lippe (OWL) liegt im nordöstlichen Teil von Nordrhein-Westfalen (NRW) zwischen norddeutscher Tiefebene und Weserbergland. Sie umfasst das Gebiet des Regierungsbezirks Detmold, bestehend aus den sechs Kreisen Gütersloh, Herford, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke und Paderborn sowie der kreisfreien Stadt Bielefeld.

Abb. 4 Geografische Lage der Region OWL



Quelle: OstWestfalenLippe Marketing GmbH 2003

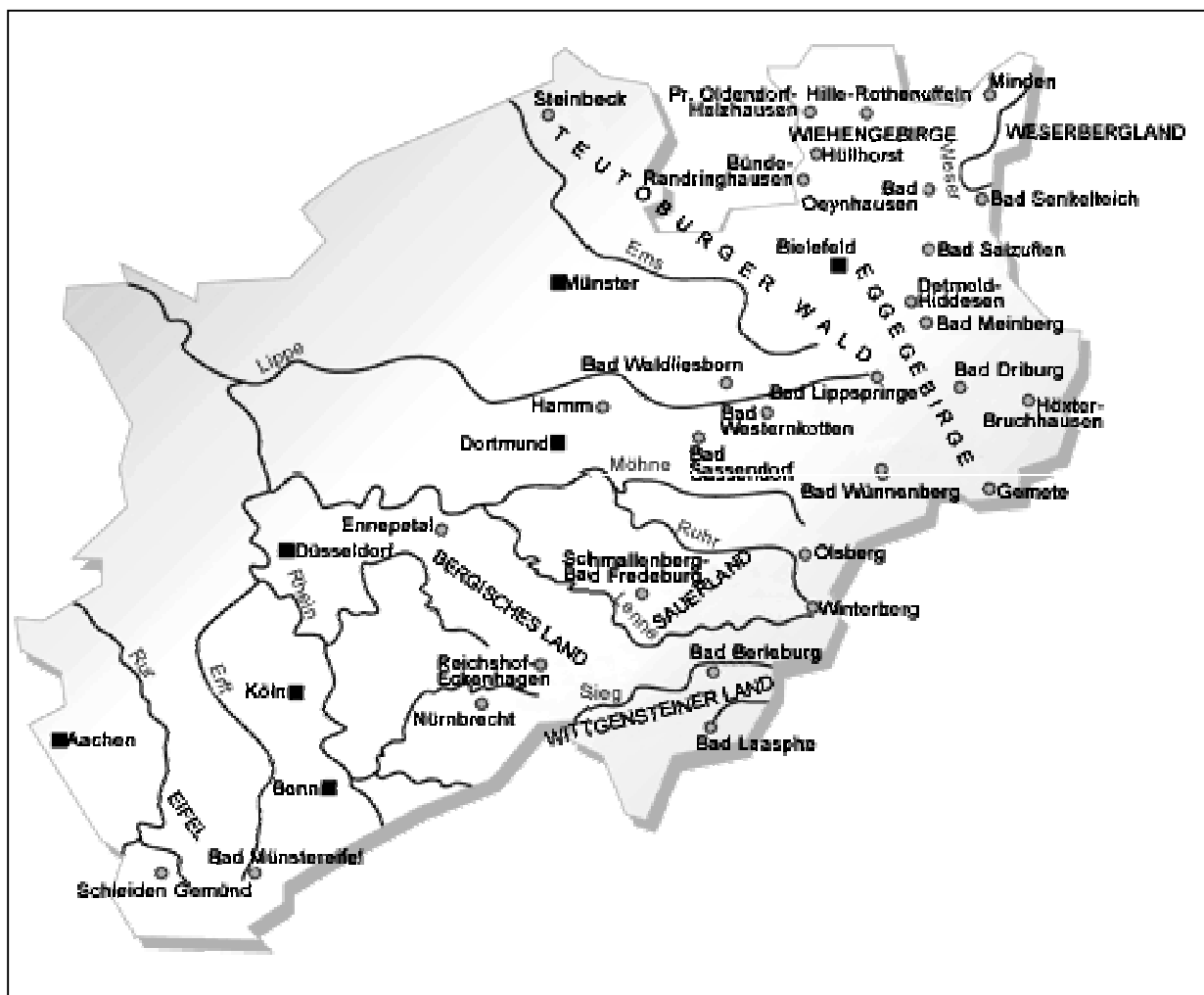
Die Region OWL ist durch die zentrale Lage innerhalb Deutschlands und auch Europas von allen Richtungen aus gut und schnell erreichbar und verfügt über ausgebaute Verkehrsanbindungen. Die international und national bedeutsamen Ost-West-Autobahnen mit ihren jeweiligen Nord-Süd-Anbindungen bieten schnelle Verbindungen in alle Richtungen. Hinzu kommen Bahnverbindungen mit ICE-, IC- und IR-Halten und der Regionalflughafen Paderborn/Lippstadt mit innerdeutschen und europäischen Anbindungen.

Ostwestfalen-Lippe gilt als reizvolles Kultur- und Erholungsgebiet mit einer weitläufigen Landschaft, die z. B. den Teutoburger Wald, das Wiehen- und Eggegebirge und die Flusslandschaften von Weser, Ems und Lippe umfasst. Insgesamt gibt es 305 Naturschutzgebiete. Die Region bietet vielfältige kulturelle Attraktionen, die eine ereignisreiche Geschichte widerspiegeln.

4.2 Entwicklung der Gesundheitswirtschaft

Die Region Ostwestfalen-Lippe ist wegen ihrer Vielzahl an bekannten Heilbädern, Kurorten (fünf Heilbäder und 16 Kurorte)²¹, darunter die nur hier typischen Bauernbäder (Teutoburger Wald Tourismus e. V. 2004), als "Heilgarten Deutschlands" bekannt. Die Region ist seit etwa 150 Jahren Dienstleister im Gesundheitssektor und gilt als die wichtigste Gesundheits- und Tourismusregion in Nordrhein-Westfalen (IHK Lippe zu Detmold 2004). Hier haben 21 der 43 nordrhein-westfälischen Kurorte und Heilbäder ihren Standort (OWL Marketing GmbH 2003: 26). Ihre Standorte zeigt Abbildung 5:

Abb. 5 Standorte der Heilbäder und Kurorte in NRW



Quelle: NRW Bäder 2004

In Deutschland gibt es insgesamt 268 Heilbäder und Kurorte (Stadtfeld 1993: 55, Stand 1991), von ihnen haben knapp 8 Prozent ihren Standort in Ostwestfalen-Lippe.

²¹ Hier finden nur die staatlich anerkannten Heilbäder und Kurorte Berücksichtigung. Zur Klassifizierung siehe Stadtfeld 1993: 54 f.

Einer Untersuchung von Hartmann (2002: 210 f.) zufolge, der die geografische Verteilung von Rehabilitations-Standorten darstellt, befinden sich in Deutschland zwei große Gebiete, die Konzentrationen von Rehabilitationseinrichtungen aufweisen: das größere in der Region Ostwestfalen-Lippe und das etwas kleinere im Süden von Bayern.

Die Heilbäder und Kurorte in Ostwestfalen-Lippe entstanden aufgrund der geologischen Beschaffenheit des Gebietes. In früheren erdgeschichtlichen Perioden kam es in der Erdkruste der Region OWL zu Brüchen und Verwerfungen, durch die das Wasser aus großer Tiefe bis an die Erdoberfläche heraufdrang, teils mit hohen Temperaturen, teils angereichert mit Mineralien. Dass diese Quellen der Gesundheit zuträglich sind, haben die Menschen schon früh erkannt und sie zu Bädern genutzt und ausgebaut. Sole, Schwefel, Moor, kalte und warme Mineral- und Heilwässer werden seit Jahrhunderten genutzt, um Krankheiten zu heilen und Schmerzen zu lindern. Diese Tradition in ihrer besonderen Vielfalt, verbunden mit den neuesten Erkenntnissen der modernen Medizin, begründet die Einzigartigkeit des „Heilgartens Deutschlands“ (Teutoburger Wald Tourismus e. V. 2004).

Orte mit deutschlandweit bedeutenden Staatsbädern haben die Region bekannt gemacht, aber erst die kleineren Bäder und die Vielzahl der Luftkurorte ergeben die Dichte von Erholungsorten, die die Region auszeichnen. Bei den fünf Heilbädern in OWL handelt es sich um Bad Driburg, Bad Lippspringe, Bad Meinberg, Bad Oeynhausen und Bad Salzuflen, wobei die drei letztgenannten gleichzeitig Staatsbäder sind. Daneben gibt es ein Kneipp-Heilbad, drei Kneipp-Kurorte sowie 12 Luftkurorte (OWL Marketing GmbH 2003: 26).

Beispielhaft wird an dieser Stelle die historische Entwicklung der drei Staatsbäder Bad Meinberg, Bad Oeynhausen und Bad Salzuflen dargestellt, da sie die ersten Orte waren, die der Region Ostwestfalen-Lippe als Gesundheitsregion eine überregionale Attraktivität verliehen haben. Die Anfänge der Staatsbäder Bad Meinberg und Bad Salzuflen gehen mehrere Jahrhunderte zurück, in denen Heilmittel wie Moor, Sole und Heilwasser von den Einwohnern genutzt wurden. Wirtschaftliche Bedeutung erlangten die Heilmittel erst Ende des 18. bis Anfang des 19. Jahrhunderts, als ihre Wirkung anhand von Gutachten bestätigt worden war. Ein solches Gutachten wurde z. B. in Meinberg vom Grafen zur Lippe in Auftrag gegeben. Erst nach der Erstellung solcher Gutachten durften sich die Orte „Kurorte“ nennen. Es wurden Bäder gestaltet, die erste

Gäste anzogen. Meinberg hatte bei seiner Erhebung zum Kurort im Jahr 1767 bereits 413 Kurgäste zu verzeichnen.

Als richtungsweisend für die Entwicklung der Kurorte Oeynhausen und Salzuflen erwiesen sich die dort vorhandenen Salzquellen (Solevorkommen). In Salzuflen wurde Anfang des 19. Jahrhunderts eine Solebadeanstalt eingerichtet. Die Entwicklung des Kurwesens im heutigen Bad Oeynhausen setzte erst später ein, der Ort wurde aber wirtschaftlich besonders schnell erfolgreich. Dort wurde Mitte des 19. Jahrhunderts die erste Thermalsolequelle nach 15-jährigen Bohrungen entdeckt. Es handelte sich damals um das tiefste Bohrloch Europas. Kurze Zeit später wurde eine gemeinnützige Badeanstalt eingerichtet und die ersten Heilbäder verabreicht. Zur Anerkennung der großen Verdienste des Freiherrn von Oeynhausen bei der Erschaffung des Bades wurde das Bad 1848 per Dekret des preußischen Königs zum „Königlichen Bad Oeynhausen“ erklärt und damit als gemeinnütziges Staatsbad anerkannt. In den folgenden Jahren wurde das erste Badehaus eingeweiht und ein Kurpark durch den bekanntesten preußischen Gartenarchitekten angelegt. Durch den guten Ruf des Bades gab es in Bad Oeynhausen bereits Mitte des 19. Jahrhunderts ein starkes wirtschaftliches Wachstum. Als 1926 die weltweit größte kohlensäurehaltige Thermalsolequelle, der Jordan-Sprudel, erbohrt worden war, erlangte Bad Oeynhausen den Ruf eines „Weltbades“.

Die wirtschaftliche Entwicklung der Kurorte wurde auch dadurch gefördert, dass 1847 die Köln-Mindener-Eisenbahn eröffnet wurde. Sie war für die verkehrstechnische Erschließung der Kurorte von großer Bedeutung.

Während die Badereise noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts den Aristokraten, den Offizieren und dem Großbürgertum vorbehalten war, bildete sich um 1900 eine neue breite Interessengruppe (Wedel 1987: 9 f.). Durch die Entwicklung neuer Methoden zur Anwendung der Heilmittel, z. B. das Moorbad, nahm auch in Meinberg und Salzuflen die Anzahl der Kurgäste stetig zu. Auch in diesen Kurorten wurde mit dem Bau von Kurhäusern und Kurvierteln begonnen. In Meinberg wurden in der Saison 1900 erstmals 1.000 Kurgäste gezählt. Das Einzugsgebiet der Bäder war vor allem das Ruhrgebiet.

Anfang des 20. Jahrhunderts verlieh die Fürstlich Lippische Regierung den damaligen Kurorten Meinberg und Salzuflen den Titel "Bad". Es wurden zunehmend Investitionen im Hotel- und Gaststättengewerbe sowie im Einzelhandel getätigt. Bad Salzuflen

wurde 1918 zum Staatsbad, als Lippe zum Freistaat ernannt wurde. Bad Meinberg wurde bis Anfang der 1930er Jahre durch eine Aktiengesellschaft geleitet. Da die gesamten Aktien dann in den Besitz des Landes Lippe übergingen, wurde die Aktiengesellschaft aufgelöst und das Bad wurde damit Lippisches Staatsbad (Staatsbad Meinberg GmbH 2004; Kur- und Verkehrsverein Bad Salzuflen e. V. 1998).

Mitte der 1990er Jahre hatte die Region Ostwestfalen-Lippe mit ihrer hohen Konzentration von Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Bundesgesetzgebung zu Rehabilitationsmaßnahmen besonders starke finanzielle Einbußen hinzunehmen. Die sogenannte „Reha-Krise“ führte in den teilweise sehr monostrukturierten Heilbädern und Kurorten zu einem starken Rückgang der Auslastung und dementsprechend zu einem Abbau von Arbeitsplätzen. Der Handlungsdruck, unter den die Rehabilitationseinrichtungen gerieten, führte zu einer Vielzahl neuer Projekte und Innovationen (MGSFF NRW 2001: 152 f.). Heute machen sich die Heilbäder und Kurorte insbesondere mit ihren Spezialkliniken für spezifische Erkrankungen und für besondere Zielgruppen überregional und sogar international einen Namen. Hier wären beispielsweise das Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen, das Allergiezentrum in Bad Lippspringe, die Tinnitus-Klinik in Bad Meinberg, das Internationale Zentrum für Frauengesundheit (IZFG) in Bad Salzuflen und das Gräfliche Gesundheits- und Fitnessbad in Bad Driburg zu nennen (OWL Marketing GmbH 2003: 26-29).

Neben den zahlreichen Heilbädern und Kurorten weist die Region OWL traditionsreiche Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege auf. Seit Ende des 19. Jahrhunderts sind in OWL große diakonische Anstalten entstanden. Dazu gehören die von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel in Bielefeld, die zur Betreuung und Behandlung von Anfallpatienten gegründet wurden und heute neben mehreren psychiatrischen Einrichtungen das größte deutsche Epilepsiezentrum unterhalten, das modernen internationalen Standards entspricht. Bethel ist das größte Hilfswerk der deutschen Inneren Mission und die größte diakonische Einrichtung in Europa. Es ist Bielefelds zweitgrößter Arbeitgeber mit 10.000 Arbeitnehmern und verfügt heute über mehr als 100 Einrichtungen mit 5800 Plätzen bzw. Betten.

Eine andere europaweit bedeutende diakonische Einrichtung ist das 1951 gegründete Johanneswerk, das später in Evangelisches Johanneswerk umbenannt wurde. Das Evangelische Johanneswerk befindet sich ebenfalls in Bielefeld. Dort sind rund 6.000 Mitarbeiter in der Altenarbeit und Behindertenarbeit, aber auch in pädagogischen Ein-

richtungen, Krankenhäusern und Fortbildungseinrichtungen tätig. Insgesamt gehören 72 Einrichtungen zum Evangelischen Johanneswerk. Das Evangelische Johanneswerk expandiert zurzeit nicht nur in Deutschland, sondern auch in den Niederlanden und Spanien.

Daneben gibt es weitere diakonische Einrichtungen wie beispielsweise den 1887 gegründeten Wittekindshof in Bad Oeynhausen, Einrichtungen der 1971 gegründeten Wohlfahrtsorganisation Caritas sowie Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt.

Eine Reihe weiterer Gesundheitseinrichtungen machen Ostwestfalen-Lippe zur wichtigsten Gesundheitsregion Nordrhein-Westfalens, vor allem in den Bereichen Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebskrankheiten, Neurologie, Neurochirurgie, Epilepsie, Psychiatrie, Geriatrie, Rheumatologie, Orthopädie, Gynäkologie, Gefäß- und Kinderkrankheiten (OWL Marketing GmbH 2003: 22-26).

In der Region Ostwestfalen-Lippe haben sich darüber hinaus seit Mitte des 19. Jahrhunderts Unternehmen angesiedelt, die sich mit ihren Produkten und Dienstleistungen auf die Gesundheitswirtschaft spezialisiert haben und zum Teil als Marktführer gelten. Hergestellt werden in OWL Rollstühle, Krankbetten, Hörgeräte, Ampullen, Desinfektoren, Dentaltechnik, Kompressoren und vieles mehr. Zu den bekanntesten Unternehmen zählen Meyra in Kalletal (gegr. 1936), Stieglmeyer in Herford (gegr. 1900), Miele in Gütersloh (gegr. 1899), Boge in Bielefeld (gegr. 1907), Fennel in Bad Oeynhausen (gegr. 1981) und Gildemeister in Herzebrock-Clarholz (gegr. 1848) (OWL Marketing GmbH 2003: 30-31; KOMPASS Firmendatenbank 2002).

Daneben gibt es in der Region Ostwestfalen-Lippe einige Institute, die den Informations- und Wissenstransfer zwischen Gesundheitseinrichtungen, Unternehmen und wissenschaftlichen Einrichtungen fördern, so z. B. das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG), die OstWestfalenLippe Marketing GmbH und die Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft (WEGE) in Bielefeld.

4.3 Die Wirtschaftsstruktur

Die Region Ostwestfalen-Lippe gehört nach Aussage der Bezirksregierung Detmold zu den wachstumsstärksten Wirtschaftsregionen Deutschlands. Sie nimmt unter den 36 Regionen Deutschlands den Platz 9 ein. Kennzeichnend für die Wirtschaftsstruktur ist eine starke Mittelstandsprägung. Häufig handelt es sich bei den Unternehmen um Familienunternehmen (Bezirksregierung Detmold 2003). In OWL sind mehr als 65.000 gewerbliche Unternehmen ansässig, unter anderen marktführende Unternehmen mit Weltruf (OWL Marketing GmbH 2004).

In Tabelle 1 wird dargestellt, wie wichtig die einzelnen Wirtschaftssektoren in OWL im Vergleich zu Deutschland hinsichtlich der Erwerbstätigkeit sind. Der Dienstleistungsbereich ist sowohl in OWL als auch in ganz Deutschland der Bereich mit der höchsten Erwerbstätigenzahl. Im gesamten Bundesgebiet sind 68,98 Prozent der Erwerbstätigen im Dienstleistungsbereich beschäftigt, während es in OWL mit 63,38 Prozent etwas weniger sind. Das produzierende Gewerbe spielt hinsichtlich der Erwerbstätigenzahl in OWL eine wichtigere Rolle als im Bundesdurchschnitt.

Tab. 1 Anteile der Erwerbstätigen in den drei Wirtschaftssektoren in OWL im Verhältnis zu Deutschland 2001

Wirtschaftssektoren	Erwerbstätige in Deutschland in Prozent	Erwerbstätige in OWL in Prozent
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	2,45	2,24
Produzierendes Gewerbe	28,57	34,38
Dienstleistungsbereiche	68,98	63,38
alle Wirtschaftsbereiche insgesamt	100,00 (insgesamt 38.911.000)	100,00 (insgesamt 992.900)

Quelle: StBA 2004

Erwerbstätige in der BRD = Erwerbstätige im Inland

Innerhalb des Dienstleistungsbereichs sind in Deutschland 14,70 Prozent der Erwerbstätigen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen und 6,60 Prozent der Erwerbstätigen im Gastgewerbe, das einen Nebenbereich der Gesundheitswirtschaft darstellt, beschäftigt (StBA 2003). Der relativ hohe Anteil der Erwerbstätigen in diesen Bereichen spiegelt die große Bedeutung der Gesundheitswirtschaft innerhalb des Dienstleistungssektors wider. Auf die Beschäftigtenzahlen in der Gesundheitswirtschaft von Ostwestfalen-Lippe wird in Abschnitt 4.4 näher eingegangen.

Neben der Bedeutung der Wirtschaftssektoren für die Erwerbstätigkeit in OWL spielt auch ihre Bedeutung hinsichtlich der Wertschöpfung eine wichtige Rolle. Dazu wird die Kennzahl „Bruttowertschöpfung je Erwerbstätiger“ herangezogen.

Tab. 2 Bruttowertschöpfung (in Euro) je Erwerbstätiger²² in den drei Wirtschaftssektoren in OWL im Verhältnis zu Deutschland 2001

Wirtschaftssektoren	Deutschland	OWL
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	24.674	32.252
Produzierendes Gewerbe	50.799	46.441
Dienstleistungsbereiche	49.804	48.192
Alle Wirtschaftsbereiche insgesamt	49.473	47.233

Quellen: StBA 2004 und LDS NRW 2004

Tabelle 2 zeigt, dass die Bruttowertschöpfung in OWL insgesamt um 2240 Euro pro Erwerbstätigen geringer ausfällt als im bundesweiten Durchschnitt. Betrachtet man die einzelnen Wirtschaftssektoren, so fällt auf, dass die Bruttowertschöpfung je Erwerbstätiger in OWL im Dienstleistungsbereich am höchsten ist, während sie im bundesweiten Durchschnitt im produzierenden Gewerbe am höchsten ist. In OWL ist die Bruttowertschöpfung je Erwerbstätiger im Dienstleistungsbereich um 1751 Euro höher als im produzierenden Gewerbe, in Deutschland ist diese Kennzahl umgekehrt im produzierenden Gewerbe um 995 Euro höher als im Dienstleistungsbereich.

²² Eigene Berechnung der Kennzahl Bruttowertschöpfung je Erwerbstätiger.

Zahlen für Deutschland: StBA 2004

Zahlen für OWL: LDS NRW, Landesdatenbank, 2004

Stand: August 2002. Die Berechnungen auf Regierungsbezirksebene für 2002 liegen nach Auskunft des LDS NRW im März 2004 noch nicht vor. Die Berechnungen der Durchschnittszahlen von 2001 stützen sich auf ein Fortschreibungsverfahren. Eigene Berechnung: Durchschnittliche Bruttowertschöpfung zu Herstellungspreisen dividiert durch die durchschnittliche Zahl der Erwerbstätigen 2001.

4.4 Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

In Nordrhein-Westfalen kann die Gesundheitswirtschaft auf eine sehr gute Beschäftigungsentwicklung in den 1980er und 1990er Jahren zurückblicken. Zwischen 1985 und 1998 hatte die Gesundheitswirtschaft hinsichtlich der Entstehung neuer Arbeitsplätze eine Wachstumsrate von rund 22,4 Prozent zu verzeichnen (MGSFF NRW 2001: 1 f.). In Nordrhein-Westfalen arbeiten 11,3 Prozent der sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, davon rund 7 Prozent im Gesundheitswesen.²³

In der Region Ostwestfalen-Lippe sind diese Anteile ähnlich hoch: 11,8 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen tätig, davon entfallen rund 7 Prozent auf das Gesundheitswesen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003: 59-63, Stand 31.12.2001). Der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Ostwestfalen-Lippe stimmt mit dem Anteil in Nordrhein-Westfalen überein. Somit ergibt sich hinsichtlich der Beschäftigung keine besondere Bedeutung der Region Ostwestfalen-Lippe als Gesundheitsregion innerhalb Nordrhein-Westfalens.

Vergleicht man dagegen die Beschäftigtenanteile der verschiedenen Branchen innerhalb Ostwestfalen-Lippes, so fällt auf, dass der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen verhältnismäßig hoch ist: In der Gesundheitswirtschaft sind über 87.000 Personen beschäftigt, während die Beschäftigtenzahlen anderer wichtiger Branchen in OWL wesentlich geringer sind: In den drei Branchen Maschinenbau, Elektrotechnik und Automobilzulieferindustrie sind insgesamt rund 70.000 Personen beschäftigt, im Einzelhandel sind es ebenfalls rund 70.000 Beschäftigte, im Baugewerbe und in der regionalen Zulieferindustrie (Holz/Papier, Kunststoff, Metall) fast 50.000 Beschäftigte. Alle übrigen Branchen weisen Beschäftigtenzahlen auf, die deutlich unter 50.000 liegen (OWL Marketing GmbH 2003: 16-18, Stand 2002). Die Gesundheitswirtschaft besitzt somit in Ostwestfalen-Lippe hinsichtlich der Beschäftigung eine besondere Bedeutung im Vergleich zu anderen Branchen.

Tabelle 3 zeigt die Anteile der Beschäftigten in Gesundheitsberufen in den einzelnen Kreisen der Region Ostwestfalen-Lippe. Aus diesen Anteilen ergibt sich die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in den jeweiligen Kreisen. Im Kreis Höxter ist die wirtschaftliche Bedeutung am größten, hier arbeiten 10,05 Prozent der

²³ Die Begriffe Gesundheitswirtschaft und Gesundheitswesen werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Beschäftigten in Gesundheitsberufen. Auch in Minden-Lübbecke und der kreisfreien Stadt Bielefeld sind die Anteile der Beschäftigten in Gesundheitsberufen relativ hoch. Im Kreis Gütersloh ist die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Beschäftigung am geringsten.

Tab. 3 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Gesundheitsberufen im Verhältnis zu allen Beschäftigten in OWL 2001

Kreise in OWL	Prozentualer Anteil
Kreisfreie Stadt Bielefeld	8,21
Gütersloh	4,56
Herford	5,20
Höxter	10,05
Lippe	7,05
Minden-Lübbecke	9,01
Paderborn	6,70

Quelle: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003: 59-63, Stand 31.12.2001

Die Beschäftigtenzahlen der einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in OWL sind von der OWL Marketing GmbH anhand verschiedener Quellen geschätzt worden und werden in Tabelle 4 dargestellt:

Tab. 4 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in OWL 2002

Beschäftigtengruppen	Anzahl
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der ambulanten und stationären Versorgung (in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Praxen, Apotheken, Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung)	71.111
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Vorleistungs- und Zulieferindustrien	8.162
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Randbereichen und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft (im Gesundheitstourismus, bei gesundheitsbezogenen Sport- und Freizeitangeboten etc.)	1.450
Niedergelassene Ärzte	2.650
Niedergelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden	1.139
Selbständige Apotheker	564
Niedergelassene Psychotherapeuten und Heilpraktiker	mind. 680
Selbständige Gesundheitshandwerker	mind. 590
Consulting	ca. 1000
insgesamt	87.346

Quelle: OWL Marketing GmbH 2003: 17

Tabelle 4 zeigt, dass in der ambulanten und stationären Versorgung insgesamt etwa 76.144 Personen tätig sind, wenn man zu den 71.111 Angestellten die Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, selbständigen Apotheker, Psychotherapeuten und Heilpraktiker hinzuzählt. Die ambulante und stationäre Versorgung stellt damit das bedeutendste Tätigkeitsfeld in der Gesundheitswirtschaft dar. In den Vorleistungs- und Zulieferindustrien, einschließlich der selbständigen Gesundheitshandwerker, sind rund 9.000 Personen tätig. In den Randbereichen und Nachbarbranchen zuzüglich des Bereichs Consulting sind schließlich etwa 2450 Personen beschäftigt.

Die Gruppe der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in der ambulanten und stationären Versorgung kann nach der Art der Gesundheitseinrichtungen weiter untergliedert werden. In Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sind 31.317 Personen beschäftigt. Diese Einrichtungen bilden in OWL die größte Beschäftigungsgruppe (OWL Marketing GmbH 2003: 19, Stand 31.12.2001). Daneben sind in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen 14.032 Personen und in den ambulanten

Pflegeeinrichtungen 4.508 Personen beschäftigt (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2003: 43, Stand 31.12.2001). Damit entfallen auf die Pflegeeinrichtungen insgesamt 18.540 Beschäftigte.

4.5 Ausbildungsangebot und -nachfrage in der Gesundheitswirtschaft

In Nordrhein-Westfalen gibt es acht Universitäten und 15 Fachhochschulen (ohne Verwaltungsfachhochschulen). Fünf Fachhochschulen sind in OWL mit Standorten vertreten. Zwei der acht Universitäten befinden sich in OWL mit den Standorten Bielefeld und Paderborn. Die Region OWL bietet rund 50.000 Studierenden einen Studienplatz an ihren Hochschulen. Insgesamt gibt es in OWL 44,5 Einwohner pro Student, in NRW sind es 35,3 Einwohner pro Student.

Die Universität in Bielefeld besitzt die bundesweit einzige Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Als Brücke zwischen biomedizinischer und klinischer Forschung sowie sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Disziplinen qualifiziert die Fakultät ihre Absolventen zum „Master of Public Health“ und „Doctor of Public Health“. Seit 1999 wird das ebenso bundesweit einzigartige Fernstudium „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ mit dem Abschluss „Gesundheitsmanager/in“ angeboten. Daneben gibt es in Bielefeld eine Fachhochschule, die die Studienrichtung Pflege und Gesundheit anbietet. An der Universität Paderborn gibt es das Department Gesundheit an der Fakultät für Naturwissenschaften. Dort haben Wissenschaftler verschiedener Disziplinen mit dem „Forum Gesundheit: Technik-Kommunikation“ ein Forschungsnetz gegründet und erbringen wissenschaftliche Dienstleistungen in den Bereichen Ernährungswissenschaften, Sportmedizin, Prävention und Biomechanik. In den traditionellen Studiengängen für Gesundheitsberufe – der allgemeinen Medizin, der Zahnmedizin, der Pharmazie und Psychologie – wird in OWL nicht ausgebildet (MGSFF NRW 2001: 154).

Während Studienmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitswissenschaften sowie der Sportwissenschaften an den Universitäten angeboten werden, sind die Studienangebote im Bereich der Pflege vor allem an den Fachhochschulen angesiedelt. Da in allen Gesundheitseinrichtungen die Anforderungen an eine prozessorientierte wirtschaftliche Betriebsführung steigen, ist davon auszugehen, dass der Bedarf an akademisch ausgebildeten Mitarbeitern mit betriebswirtschaftlichen Kenntnissen noch zunehmen wird (MGSFF NRW 2001: 21).

Bei den Berufsbildenden Schulen unterscheidet man zwischen Berufskollegs, Sonderschulen im Bildungsbereich der Berufskollegs und Schulen des Gesundheitswesens. Als Berufskollegs werden in NRW Schulen der Sekundarstufe II und die gymnasiale Oberstufe bezeichnet. Schulen des Gesundheitswesens sind Ausbildungsstätten für Heilhilfs- und Pflegeberufe, die in der Regel einen staatlich anerkannten Abschluss vermitteln. In OWL gibt es 125 Berufsbildende Schulen, hierunter 48 Berufskollegs, 4 Sonderschulen und 73 Schulen des Gesundheitswesens (LDS NRW 2003 b, Stand: 24.02.2003).

In NRW gibt es 549 Schulen des Gesundheitswesens, sodass sich rund 13 Prozent aller nordrhein-westfälischen Schulen des Gesundheitswesens in OWL befinden (Quelle: LDS NRW, 2003 b, Stand: 15.10.2002). An den Schulen des Gesundheitswesens wurden in NRW 42.180 Schüler ausgebildet, in OWL 4.812 Schüler und somit 11,4 Prozent (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003, Stand 15.10.2002).

Nach Prognosen der Bezirksregierung Detmold und des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der unter 20-jährigen in OWL bis zum Jahr 2020 um 10 Prozent zurückgehen, während sie in Deutschland insgesamt um 20-22 Prozent zurückgehen wird. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass auch die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Gesundheitswirtschaft abnehmen wird. Verglichen mit Deutschland wird die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in der Region OWL allerdings weniger stark zurückgehen, vorausgesetzt, dass die meisten jüngeren Menschen einen Ausbildungsplatz in der Nähe ihres Wohnortes suchen (Bezirksregierung Detmold 2003: 12).

4.6 Umsätze der Gesundheitseinrichtungen

In der Gesundheitswirtschaft sind gemäß der WZ 93-Klassifikation (Gliederung der Wirtschaftszweige durch das Statistische Bundesamt), Abschnitt 85.1, folgende Einrichtungen umsatzsteuerpflichtig: Krankenhäuser, Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Einrichtungen des Gesundheitswesens a. n. g.²⁴ (Praxen von Psychotherapeuten, Masseuren, Heilpraktikern und sonstigen selbständigen Tätigkeiten, Krankentransport- und Rettungsdienste, sonstige Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens).

²⁴ anderweitig nicht genannt

Pflegeeinrichtungen sind in Abschnitt 85.1 nicht enthalten. Sie werden in Abschnitt 85.3 „Sozialwesen“ unter Heimen, zusammen mit Wohnheimen, Erziehungsheimen etc. erfasst. Das LDS NRW veröffentlicht nur die Umsatzzahlen des gesamten Sozialwesens, nicht speziell der Pflegeeinrichtungen.

In Tabelle 5 werden die Anzahl der Umsatzsteuerpflichtigen im Gesundheitswesen und die Höhe ihres Umsatzes in Ostwestfalen-Lippe im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen dargestellt. Die Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Gesundheitseinrichtungen ist in NRW zwischen 1996 und 2001 um 25,4 Prozent gestiegen, der Umsatz sogar um 76,9 Prozent. In OWL ist die Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Einrichtungen etwas geringer (um 22,9 Prozent) gestiegen. Der Umsatz hat sich in OWL wesentlich geringer als in NRW erhöht: nur um 46,5 Prozent. In den beiden Jahren 1997 und 1998 hatten die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen Umsatzeinbußen hinzunehmen, während der Umsatz in Nordrhein-Westfalen zunahm. Vermutlich ist dieser Unterschied darauf zurückzuführen, dass Ostwestfalen als Standort einer Vielzahl von kurativen Einrichtungen unter den Gesundheitsreformen und den damit verbundenen Einsparungen besonders belastet war. Insbesondere das 1996 verabschiedete Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) wird in den beiden darauf folgenden Jahren zu starken Einbußen geführt haben. Diese Annahme kann allerdings nicht eindeutig belegt werden, da die Umsatzzahlen verschiedener Einrichtungsarten, z. B. der Reha-Einrichtungen, vom LDS NRW aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden.

Tab. 5 Umsatzsteuerpflichtige und Umsatz in der Gesundheitswirtschaft in OWL im Verhältnis zu NRW 1996 – 2001

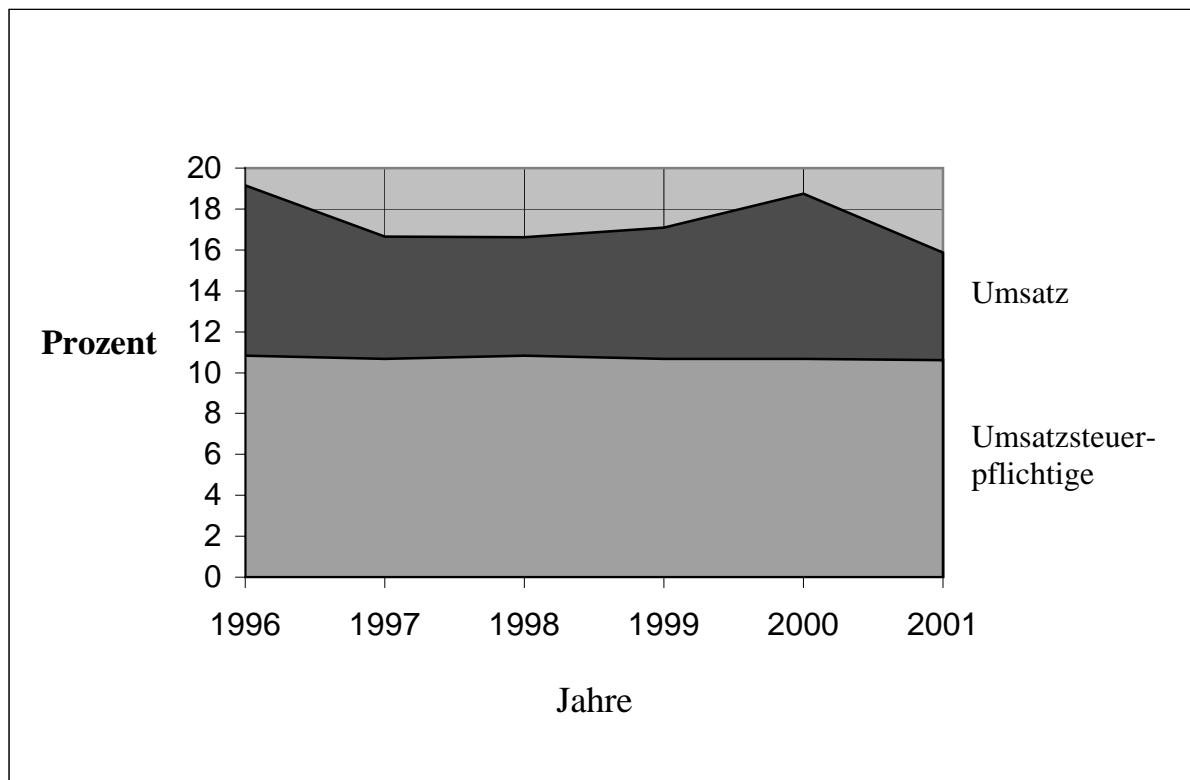
Jahr	OWL		NRW	
	Anzahl der Umsatzsteuerpflichtigen	Umsatz in Mio. Euro	Anzahl der Umsatzsteuerpflichtigen	Umsatz in Mio. Euro
1996	432	633,86	3987	3308,57
1997	441	571,90	4128	3434,06
1998	464	627,87	4284	3779,79
1999	467	705,20	4375	4128,32
2000	482	814,47	4519	4343,18
2001	531	928,33	4999	5852,78

Quelle: LDS NRW 2003c

Es wird der zu versteuernde Umsatz aus Lieferungen und Leistungen angegeben.

Betrachtet man in Abbildung 6 den Umsatzanteil der ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen im Verhältnis zu NRW, so ergibt sich ein positiveres Bild: Zwischen den Jahren 1996 und 2001 waren rund 11 Prozent der Umsatzsteuerpflichtigen von NRW in OWL ansässig. Sie erwirtschafteten einen verhältnismäßig hohen Umsatzanteil zwischen rund 16 und 19 Prozent. Zwar werden bei der Darstellung des Umsatzanteils die entstandenen Kosten und damit die Wirtschaftlichkeit nicht berücksichtigt, jedoch deutet der hohe Umsatzanteil von Ostwestfalen-Lippe auf eine große überregionale Nachfrage hin. Diese lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass 21 der 43 nordrhein-westfälischen Kurorte und Heilbäder in Ostwestfalen-Lippe ihren Standort haben (OWL Marketing GmbH 2003: 26).

Abb. 6 Umsatzsteuerpflichtige und Umsatz in der Gesundheitswirtschaft in OWL im Verhältnis zu NRW 1996 – 2001



Quelle: LDS NRW 2003c

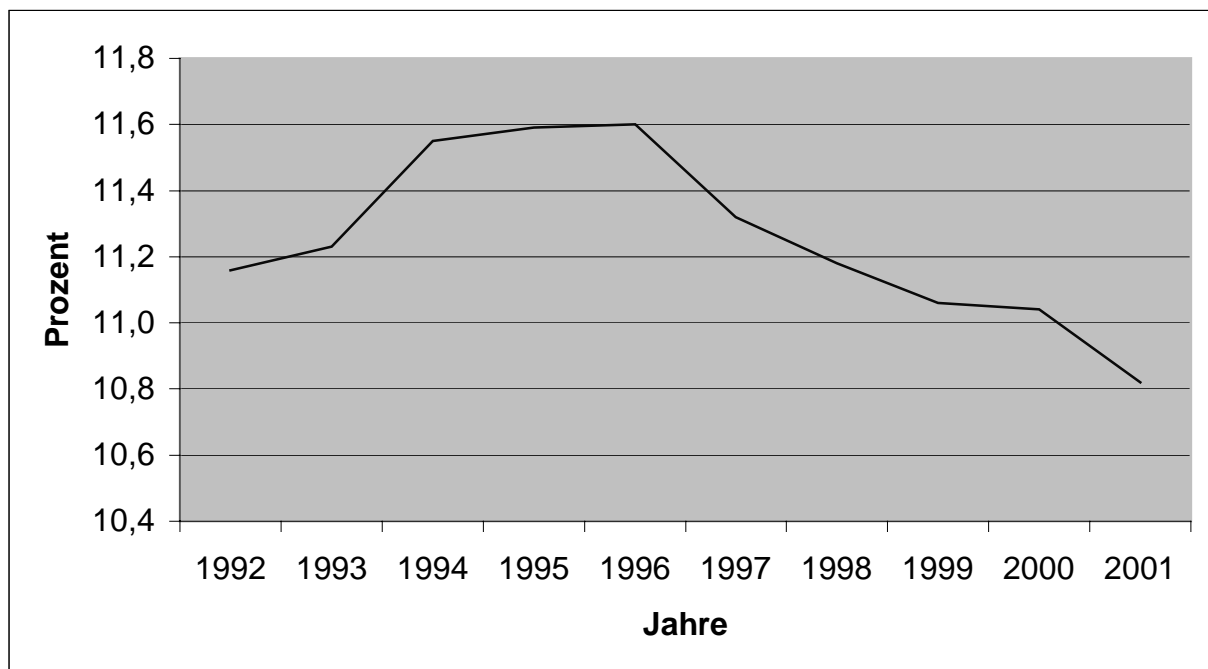
4.7 Regionale und überregionale Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird anhand des Indikators „Versorgungsdichte“ gemessen. Die Versorgungsdichte kann sich zum einen auf das Angebot beziehen, das heißt auf die Anzahl der stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen sowie auf die Anzahl der Betten bzw. Plätze in den Einrichtungen. Zum anderen kann sie sich auf die Nachfrage beziehen, also beispielsweise auf die Anzahl der Krankenhausfälle oder der Pflegebedürftigen in ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen, jeweils untergliedert nach Pflegestufen. Die wichtigsten Kennzahlen der Versorgungsdichte werden in diesem Abschnitt dargestellt.

Versorgung durch Krankenhäuser

In Ostwestfalen-Lippe lag die Anzahl der Krankenhäuser 1992 bei 54. 1994 und 1995 erreichte die Zahl ihren Höchststand mit 56 Krankenhäusern und nahm dann bis zum Jahr 2001 konstant auf 50 Krankenhäuser ab. Dabei ist zwischen allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern zu unterscheiden: Allgemeine Krankenhäuser sind solche, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten „nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden“. Sonstige Krankenhäuser nehmen besondere Aufgaben wahr, z. B. durch spezielle Behandlungsverfahren oder zur Versorgung bestimmter Personengruppen (LDS NRW 2004). Die Zahl der allgemeinen Krankenhäuser schwankte von 1992 bis 2001 zwischen 44 und 49, während die Zahl der sonstigen Krankenhäuser von 9 auf 6 abnahm. Vergleicht man diese Entwicklung mit der in Nordrhein-Westfalen, so zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier hat die Zahl der Krankenhäuser seit 1992 bis 2001 von 484 auf 462 Krankenhäuser abgenommen (siehe Anhang 1; LDS NRW 2003c).

In den 1990er Jahren zeigt sich aufgrund der notwendigen Einsparungen im Rahmen der Gesundheitsreformen eine Tendenz der Krankenhäuser zu fusionieren, die sich sowohl in den Zahlen von OWL als auch in den Zahlen von NRW widerspiegelt. Viele Krankenhäuser sind aber auch geschlossen worden. In OWL ist der Anteil der Krankenhäuser im Verhältnis zu NRW ungefähr gleich geblieben, er schwankte lediglich zwischen 10,8 und 11,6 Prozent, wie Abbildung 7 zeigt. Beispielsweise befanden sich im Jahr 1996 11,6 Prozent der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in Ostwestfalen-Lippe.

Abb. 7 Anteil der Krankenhäuser in OWL im Verhältnis zu NRW 1992-2001


Quelle: LDS NRW 2003c

In Tabelle 6 wird die Versorgung durch die allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser in OWL und NRW im Jahr 2001 vergleichend dargestellt. In OWL befanden sich 2001 10,8 Prozent der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser von NRW. Sie stellten 11,2 Prozent (15.072 von 134.883) der Betten zur Verfügung und behandelten 10,8 Prozent (insgesamt 418.361 von 3.865.378) der Kranken stationär.

Tab. 6 Versorgung durch Krankenhäuser in OWL im Verhältnis zu NRW (Jahresdurchschnitt 2001)

Allgemeine Krankenhäuser	OWL	NRW
Anzahl der Krankenhäuser	44	397
aufgestellte Betten	13.617	122.427
stationär behandelte Kranke	407.088	3.743.933
Sonstige Krankenhäuser	OWL	NRW
Anzahl der Krankenhäuser	6	65
aufgestellte Betten	1.455	12.456
stationär behandelte Kranke	11.273	121.445

Quellen: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003; LDS NRW 2003a

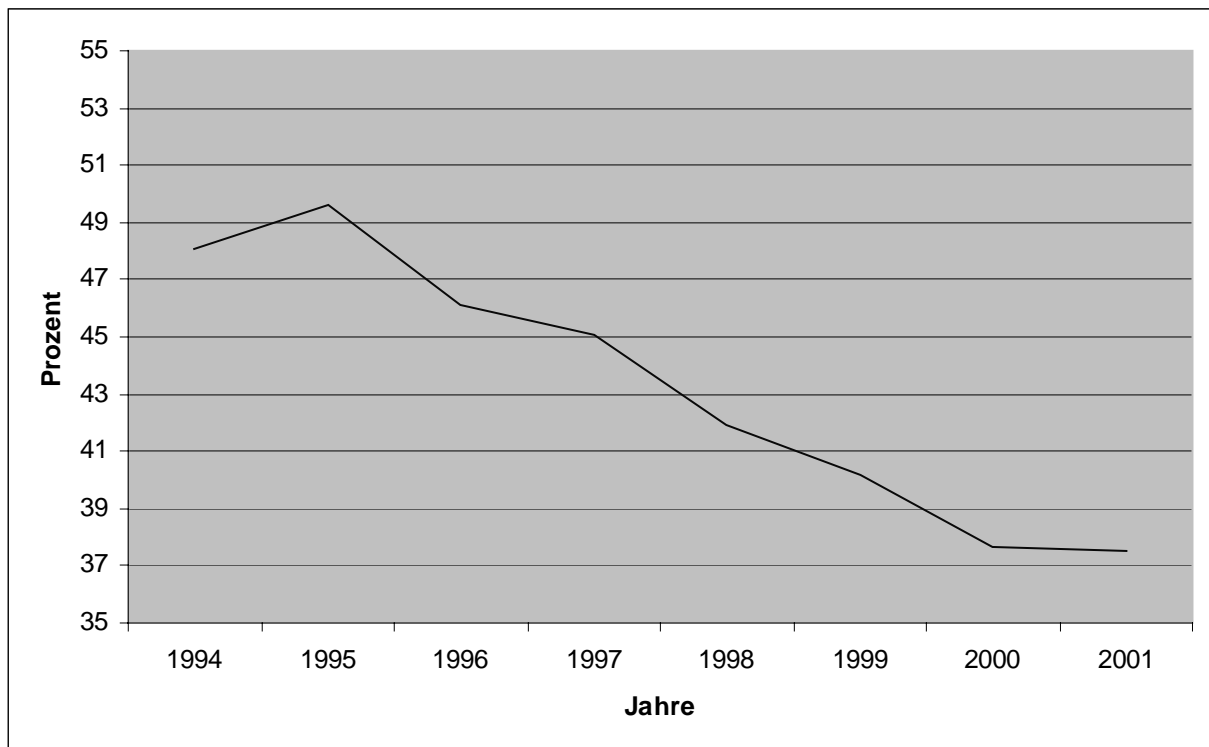
Obwohl die Anzahl der Krankenhäuser seit den 1990er Jahren rückläufig ist und in erheblichem Maße Betten abgebaut wurden, ist die Zahl der behandelten Patienten

ständig gestiegen. Dies kann nur durch eine kürzere Verweildauer und eine stärkere Bettenauslastung ermöglicht werden. Die durchschnittliche Auslastung aller Krankenhäuser in NRW liegt bei 80 Prozent, die landesdurchschnittliche Verweildauer ist seit 1990 um 1,3 Tage reduziert worden (MGSFF NRW 1999).

Versorgung durch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist in OWL und NRW Anfang der 1990er Jahre bis 1996 gestiegen und dann 1997 und 1998 aufgrund der einschneidenden Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) zurückgegangen (siehe auch Abschnitt 2.5). 1999 ist die Zahl wieder angestiegen, um im darauf folgenden Jahr 2000 wieder leicht zu sinken. Während der Anteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW 1994 noch bei 48 Prozent lag und 1995 sogar bei fast 50 Prozent, hat er seitdem ständig abgenommen und liegt seit 2000 bei 37 bis 38 Prozent (siehe Anhang 1). In Deutschland hat die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen noch stärker abgenommen (LÖGD 2004: Anzahl der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Deutschland 1999: 1.398, 2000: 1393, 2001: 1.388).

Abb. 8 Anteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW 1994 – 2001



Die Jahre 1992 und 1993 können nicht berücksichtigt werden, da die Zahlen für NRW nicht bekannt sind.

Quelle: LÖGD 2004

Als Indikator für die Versorgung der Bevölkerung mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kann das Verhältnis zwischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einwohnerzahl herangezogen werden. Hierbei zeigt sich, dass dieses Verhältnis in Nordrhein-Westfalen am geringsten ist. Unter allen Bundesländern „exportiert“ Nordrhein-Westfalen die meisten Rehabilitanden (StBA 2000).

Die einzige Ausnahme in Nordrhein-Westfalen bildet die Region Ostwestfalen-Lippe, in die selbst in der Zeit der „Reha-Krise“ 1997 mehr Rehabilitanden „importiert“ als „exportiert“ wurden (VDR 1998).

Das besonders ausgeprägte Profil der Region OWL als Standort für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wird auch anhand der folgenden Tabelle deutlich. Im Jahr 2001 befanden sich 37,5 Prozent (54 von 144) der nordrhein-westfälischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL. Sie übernahmen ungefähr die Hälfte der Versorgung in Nordrhein-Westfalen: In OWL wurden 45,5 Prozent der nordrhein-westfälischen Betten zur Verfügung gestellt und 48,8 Prozent der Kranken behandelt.

Tab. 7 Versorgung durch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Jahresdurchschnitt 2001)

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	OWL	NRW
Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	54	144
aufgestellte Krankenbetten	9662	21.219
stationär behandelte Kranke	116.563	239.004

Quelle: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003

Versorgung durch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen

In der Region OWL wurden im Jahr 2002 17.482 Plätze in der vollstationären Pflege – dies entspricht 11,9 Prozent der Plätze in NRW – und 557 Plätze in der teilstationären Pflege – dies entspricht 16,0 Prozent der Plätze in NRW – zur Verfügung gestellt. Um die Versorgungsdichte in OWL näher mit der in NRW vergleichen zu können, wurden die verfügbaren Plätze zu den Bevölkerungszahlen in Beziehung gesetzt. Vergleicht man die Anzahl der verfügbaren Plätze je 100 Einwohnern, die 65 Jahre und älter sind, so fällt auf, dass OWL im Vergleich zu NRW ungefähr die gleiche Versorgungsdichte aufweist: In OWL stehen 4,9 Plätze zur Verfügung, während es in NRW 4,7 Plätze sind.

Tab. 8 Versorgung durch stationäre Pflegeeinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Stichtag 31.12.2002)

Verfügbare Plätze	OWL	NRW
vollstationäre Pflege	17.482	147.571
teilstationäre Pflege	557	3.482
insgesamt	18.039	151.053
je 100 ältere Einwohner (65 Jahre und mehr)	4,9	4,7
Einwohner (65 Jahre und mehr)	368.258	3.209.210

Quellen: LÖGD 2004; LDS NRW 2004; eigene Berechnung

Die Versorgung je 100 älterer Einwohner wurde unter Zugrundelegung der Statistik des LÖGD und der Bevölkerungsstatistik des LDS NRW berechnet.

Im Jahr 2001 befanden sich in OWL 13,9 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Nordrhein-Westfalens, wie die folgende Tabelle 9 zeigt. Sie betreuten 11,1 Prozent der Pflegebedürftigen. Die Versorgung durch die ostwestfälisch-lippischen Einrichtungen war daher nicht ganz so hoch wie in NRW. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Bevölkerungsdichte in OWL ebenfalls geringer ist als in NRW. Der geringere Anteil der betreuten Pflegebedürftigen deutet daher nicht auf eine schlechtere Versorgung in OWL im Jahr 2001 hin. Die Anteile der Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegestufen sind in OWL ähnlich wie in NRW.

Der Anteil der ambulanten Einrichtungen in OWL beträgt im Vergleich zu NRW 11,0 Prozent; sie betreuten 11,2 Prozent der Pflegebedürftigen. Auch hier sind die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Gruppen ähnlich wie in NRW. Um die Versorgungsdichte in OWL im Verhältnis zu NRW beurteilen zu können, kann die Anzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen mit den Einwohnerzahlen verglichen werden. Hier zeigt sich, dass die Versorgung in OWL hinter dem landesweiten Durchschnitt etwas zurückbleibt: Während in OWL eine ambulante Einrichtung für 1.576 ältere Einwohner zuständig ist, ist eine Einrichtung in NRW für 1.508 Einwohner zuständig.

Tab. 9 Betreute Pflegebedürftige in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW (Stichtag 31.12.2001)

		OWL	NRW
Stationäre Pflegeeinrichtungen	Anzahl	256	1.849
Betreute Pflegebedürftige	Anzahl	14.997	135.452
davon in Pflegestufe I	Prozent	35,2	32,1
davon in Pflegestufe II	Prozent	48,1	46,7
davon in Pflegestufe III	Prozent	16,1	20,8
noch keiner Pflegestufe zugeordnet	Prozent	0,6	0,5
Ambulante Pflegeeinrichtungen	Anzahl	228	2.078
Betreute Pflegebedürftige	Anzahl	10.314	92.363
davon in Pflegestufe I	Prozent	46,4	47,7
davon in Pflegestufe II	Prozent	41,9	39,7
davon in Pflegestufe III	Prozent	11,8	12,6
Ältere Einwohner (65 Jahre und mehr) je Einrichtung		1.576	1.508
Einwohner (65 Jahre und mehr)		359.378	3.133.563

Quellen: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003, 43; LDS NRW 2004; eigene Berechnung

Die Anzahl der älteren Einwohner je ambulanter Pflegeeinrichtung wurde unter Zugrundelegung der Statistik des LÖGD und der Bevölkerungsstatistik des LDS NRW berechnet.

Versorgung durch niedergelassene Ärzte

Neben der Versorgung durch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen spielt die Versorgung durch niedergelassene Ärzte eine bedeutende Rolle. Die ärztlichen und zahnärztlichen Praxen (mit den Praxen der Kieferorthopäden) stellen in NRW das größte Arbeitsfeld im ambulanten Sektor dar. Im Jahr 1998 praktizierten in NRW 33.417 selbständige Ärzte und Zahnärzte in 26.590 Praxen mit rund 220.000 Angestellten. Etwa 11 Prozent der selbständigen Ärzte und Zahnärzte sind in OWL ansässig. Die Versorgungsdichte in NRW lag im Jahr 2001 bei 1.518 Einwohnern pro niedergelassenen Arzt. In OWL lag sie in den Kreisen Höxter (1.329), Paderborn (1.450) und Lippe (1.502) sowie in der kreisfreien Stadt Bielefeld (1.359) über dem Durchschnitt von NRW. Die Versorgungsdichte in den Kreisen Minden-Lübbecke (1.538), Gütersloh (1.611) und Herford (1.627) ist dagegen geringer als im Landesdurchschnitt (MGSFF NRW 2001; OWL Marketing GmbH 2003: 19 f., Stand 31.12.2001).

4.8 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Region Ostwestfalen-Lippe ist von der demografischen Entwicklung in ganz Deutschland abhängig. Vor allem Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Wellness- und Freizeit-Angebote werden von Patienten bzw. Gästen aus ganz Deutschland in Anspruch genommen. Daher wird im Folgenden auf die demografische Entwicklung in OWL im Verhältnis zu Deutschland eingegangen.

In der Region Ostwestfalen-Lippe leben 2.069.290 Einwohner auf einer Fläche von 6,5 Tausend km². Die Bevölkerungsdichte von OWL beträgt 317,4 Personen pro km². Im Vergleich dazu leben in Nordrhein-Westfalen 18.076.355 Einwohner auf einer Fläche von über 34 Tausend km²; die Bevölkerungsdichte von NRW beträgt 530,4 Personen pro km² und ist damit wesentlich höher als in OWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003: 12, 18, Stand: 31.12.2002).

Die Region OWL hat seit 1939 das stärkste Bevölkerungswachstum der Regierungsbezirke in NRW zu verzeichnen. Die Bevölkerungsentwicklung war in OWL dynamischer als im übrigen Bundesgebiet. Es stellt sich die Frage, ob dies auch in Zukunft der Fall sein wird. Die Bezirksregierung Detmold hat zur Untersuchung dieser Frage die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes für Deutschland ihrer eigenen Prognose für OWL gegenübergestellt. Das Statistische Bundesamt kommt zu dem Ergebnis, dass die Bevölkerungszahl von Deutschland zwischen 1999 und 2020 um 2,1 bis 4,0 Prozent (je nach Stärke der Zu- und Abwanderungen) sinken wird. Die Bezirksregierung Detmold prognostiziert, dass die Bevölkerung in OWL zwischen 2002 und 2020 um 1,5 bis 5,1 Prozent steigen wird. Der durchschnittliche Schätzwert liegt bei 2,4 Prozent (siehe Tabelle 10). Im Gegensatz zur Bevölkerungsabnahme in Deutschland wird die Bevölkerung von Ostwestfalen-Lippe bis zum Jahr 2020 also voraussichtlich zunehmen. Der Anteil der unter 20-jährigen wird in OWL weniger stark zurückgehen als im gesamten Bundesgebiet. Dementsprechend wird auch die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in OWL weniger stark sinken. Da der Anteil der jüngeren Erwerbspersonen in OWL vergleichsweise hoch sein wird, werden die Wachstumschancen der Wirtschaft in OWL vermutlich ebenfalls besser als im bundesweiten Durchschnitt sein. Insgesamt wird das demografische Entwicklungspotenzial in OWL bis 2020 verhältnismäßig günstig sein (Bezirksregierung Detmold 2003: 11-23).

Tabelle 10 zeigt die Prognose der Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Kreisen von OWL. In der kreisfreien Stadt Bielefeld wird die Bevölkerung weiterhin abnehmen, während sie in den Kreisen bis zum Jahr 2020 steigen wird. Besonders stark wird die Zunahme in den Kreisen Paderborn (+10,8 Prozent) und Gütersloh (+6,0 Prozent) sein.

Tab. 10 Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen von OWL 1998 - 2020

Kreise	Prozentuale Veränderung	
	1998 – 2002 reale Entwicklung	2002 – 2020 prognostizierte Entwicklung
Kreisfreie Stadt Bielefeld	-1,3	-5,8
Gütersloh	-0,7	+6,0
Herford	-0,4	+0,8
Höxter	+0,6	+1,6
Lippe	+0,4	+2,7
Minden-Lübbecke	-0,6	+0,4
Paderborn	0,0	+10,8
OWL insgesamt	-0,3	+2,4

Quelle: Bezirksregierung Detmold 2003: 19, 23.

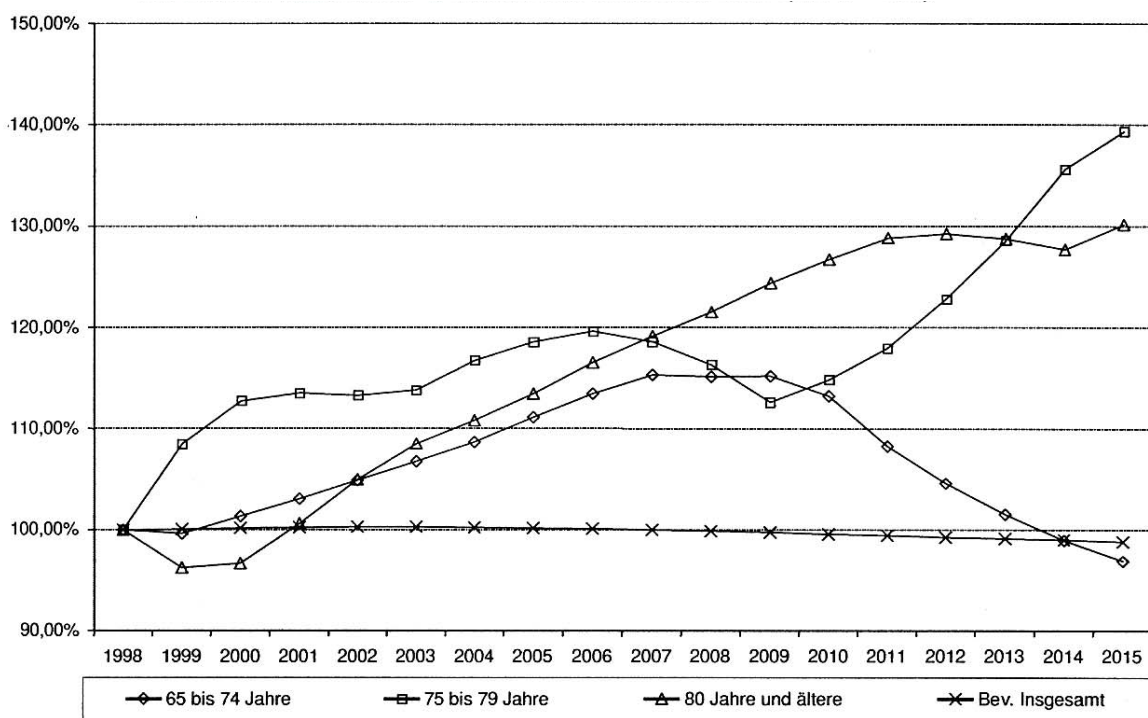
Für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe ist neben der Prognose der Entwicklung der Gesamtbevölkerung auch die Prognose der Entwicklung der Altersstruktur von Bedeutung. Die Altersstruktur der Bevölkerung Deutschlands wird sich nachhaltig verändern. Ursächlich hierfür ist neben der rückläufigen Geburtenzahl die steigende Lebenserwartung. Die Folge ist ein Rückgang des Anteils junger Menschen bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils älterer Menschen. Der Anteil der 65-jährigen und Älteren stieg in Deutschland seit 1970 konstant an (KMK 2003). Es wird prognostiziert, dass der Anteil der älteren Menschen bis 2020 weiter steigen wird. Von 1999 bis 2010 wird es einen Anstieg um 25,1 Prozent geben, von 1999 bis 2020 sogar einen Anstieg um 31,6 Prozent. In OWL wird die Zahl der 65-jährigen und Älteren bis 2020 dagegen aufgrund der überdurchschnittlich jungen Bevölkerung „nur“ um 22 Prozent steigen.

Die Relation der 65-jährigen und Älteren zu den 20- bis 65-jährigen wird durch die sogenannte Alterslastquote ausgedrückt. Demnach kamen 1999 in Deutschland 25,4 65-jährige und Ältere auf 100 20- bis 65-jährige, während es 2020 voraussichtlich

schon zwischen 35,1 und 35,9 ältere Menschen sein werden. In OWL lag die Alterslastquote 1999 mit 27,2 höher als in Deutschland, sie wird aber 2020 voraussichtlich geringer sein und bei 31,7 liegen (Bezirksregierung Detmold 2003: 16-18).

Das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen zeigt, wie sich die Anteile der Altersgruppen der 65-jährigen und Älteren im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens von 1998 bis 2015 entwickeln (siehe Abbildung 9). Während der Anteil der 65- bis 74-jährigen erst zunehmen und dann wieder sinken wird, werden die Anteile der 75-jährigen und älteren Menschen stark ansteigen. Im Jahr 2015 wird ihr Anteil zwischen 30 und 40 Prozent liegen.

Abb. 9 Bevölkerungsprognose für NRW 1998 – 2015



Quelle: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW 2001: 115.

In OWL befinden sich in der Altersklasse der 65- bis 74-jährigen mehrheitlich „rüstige“ Senioren, bei denen es sich um kaufkräftige Nachfrager von Reisen, Wellness-Angeboten und kulturellen Veranstaltungen handelt. Ihre Nachfrage wird bis zum Jahr 2009 voraussichtlich wachsen, anschließend aber bis 2017 wegen des Geburtenausfalls im Zweiten Weltkrieg leicht schrumpfen. Die Altersklasse der älteren Senioren ab 75 Jahre wird mit steigender Lebenserwartung ebenfalls mehr Gesundheits- und Pflege-

dienstleistungen in Anspruch nehmen. Bis 2017 wird die Nachfrage dieser Altersklasse von großer Bedeutung sein, da diese ältere Rentnergeneration über ein vergleichsweise hohes Rentenniveau verfügt. Nach 2017 geht ihre Zahl aufgrund des Geburtenausfalls im Zweiten Weltkrieg kurzfristig zurück und wird danach wieder stark steigen (Bezirksregierung Detmold 2003: 42, 44).

Die Frage, ob die Alterung der Bevölkerung in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen nach sich ziehen wird, wird kontrovers diskutiert. Es ist unklar, ob die zunehmende Lebenszeit mit einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung einhergehen wird oder ob das Gegenteil der Fall sein wird (z. B. aufgrund häufiger auftretender chronischer Krankheiten). Die bisherige Entwicklung lässt nach Aussage des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen darauf schließen, dass mit dem demografischen Wandel ein größerer Bedarf an Gesundheitsleistungen einhergehen wird, der nur durch einen Ausbau der entsprechenden Kapazitäten gedeckt werden kann. Grundsätzlich lässt sich also sagen, dass die finanzielle Belastung der 20- bis 65-jährigen durch ältere Menschen in Deutschland steigen wird, weil der Anteil der älteren Menschen zunimmt. Hinzu kommt, dass aufgrund sozialer und kultureller Wandlungsprozesse das Bedürfnis nach gesundheitlichem Wohlbefinden und mehr Lebensqualität wächst. Dadurch steigt die Bereitschaft, einen größeren Anteil des verfügbaren Einkommens in Gesundheitsleistungen zu investieren (MGSFF NRW 2001: 114-117).

Aufgrund dieser Entwicklungen werden Gesundheitsregionen wie Ostwestfalen-Lippe zukünftig noch stärker davon profitieren, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen – nicht nur für sondern auch von Senioren – steigen werden. Die Gesundheitswirtschaft wird daher immer mehr als Zukunftsbranche mit großen Chancen für Wachstum und Beschäftigung angesehen.

4.9 Zwischenfazit

Die Gesundheitswirtschaft und ihre Nachbarbranchen stellen in Ostwestfalen-Lippe einen wichtigen Wirtschaftsbereich dar. Gesundheitsbezogene Dienstleistungen und Produkte prägen die Region in besonderer Weise. Mit speziellen Vorsorge- und Rehabilitationsdienstleistungen, vielfältigen gesundheitsbezogenen Angeboten in den Bereichen Wellness, Fitness, Freizeit und Tourismus und innovativen Projekten in der Medizintechnik und Telematik bieten sich der Region OWL durch die Gesundheitswirtschaft wichtige Wirtschafts- und Beschäftigungspotenziale. Eine Reihe der Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sowie ihrer Nachbarbranchen haben diese Potenziale erkannt und damit begonnen, zu kooperieren und teilweise auch ihre Aktivitäten und Projekte zu vernetzen. Nach Aussage des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG) liegen die Entwicklungsperspektive und die zukünftigen Herausforderungen im erfolgreichen Ausbau dieser Kooperationen hin zu einer umfassenden strategischen Vernetzung der regionalen Gesundheitswirtschaft und ihrer Nachbarbranchen (MGSFF NRW 2001: 150-161).

Im folgenden Kapitel wird aufgrund dieser Ausgangssituation der Frage nachgegangen, inwieweit Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft der Region Ostwestfalen-Lippe bereits vorhanden sind und in welchen Bereichen kooperiert wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der stationären Versorgung durch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeeinrichtungen. Hier stellt sich zum einen die Frage, inwieweit Kooperationen und Netzwerke auf horizontaler Ebene vorhanden sind, also z. B. zwischen Krankenhäusern, und zum anderen die Frage, inwieweit auf vertikaler Ebene kooperiert wird, z. B. zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus wird untersucht, wie intensiv die Einrichtungen der stationären Versorgung auf vertikaler Ebene mit ambulanten Einrichtungen wie niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegeeinrichtungen, aber auch mit Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und staatlichen Institutionen kooperieren bzw. vernetzt sind.

5 Empirische Untersuchung der Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft der Region Ostwestfalen-Lippe

5.1 Erhebungsmethodik und Abgrenzung der Grundgesamtheit

Die empirische Erhebung setzte sich aus einer schriftlichen Befragung und mündlichen Experteninterviews zusammen. Im ersten Schritt wurden elf Experten aus der Gesundheitswirtschaft – überwiegend von Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers – befragt, die bereits Kooperationen bzw. Netzwerke bei ihrer Entstehung und Weiterentwicklung begleitet haben. Anhand dieser Interviews wurde die Konzipierung des Fragebogens für die schriftliche Befragung überprüft und die Grundgesamtheit abgegrenzt. Danach folgte die schriftliche Befragung. Kritische Anmerkungen der Beiratsmitglieder haben zur Interpretation der Ergebnisse und der Zuspitzung von Fragestellungen beigetragen, die sich aus der schriftlichen Befragung ergeben haben.

Es folgte eine zweite Runde von 18 Experteninterviews, bei denen Vertreter von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, von einem Wellness-Hotel, von Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, von Herstellern von Gesundheitsprodukten, von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung befragt wurden.²⁵ Die zweite Runde von Experteninterviews diente dazu, die Ergebnisse der schriftlichen Befragung besser interpretieren zu können. Außerdem wurden in einigen Experteninterviews Informationen gewonnen, die zur Darstellung der Fallbeispiele für erfolgreiche Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe verwendet wurden (siehe Abschnitt 6.4). Einige der Interviews wurden von Studenten der Universität Paderborn begleitet und dienten der empirischen Fundierung ihrer Diplom- und Masterarbeiten an der Lehr- und Forschungseinheit für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wettbewerbspolitik und Regionalökonomie.

Zur Präsentation der Ergebnisse der schriftlichen Befragung wurde ein Workshop mit Vertretern der Gesundheitswirtschaft durchgeführt, der weitere Anregungen zur Vervollständigung der vorliegenden Arbeit lieferte. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, der beiden Interviewrunden und des Workshops sind in den folgenden Abschnitten zusammengefasst. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die zeitliche Abfolge:

Tab. 11 Zeitliche Abfolge der empirischen Untersuchung

Befragungen	Daten
Experteninterviews 1. Runde	November 2002 bis Mai 2003
Schriftliche Befragung	Juli 2003 bis Oktober 2003
Experteninterviews 2. Runde	November 2003 bis April 2004
Experteninterviews bei der Betreuung von Abschlussarbeiten	Mai 2004 bis November 2004
Workshop	12. Oktober 2004

Quelle: eigene Darstellung

Die Grundgesamtheit der Gesundheitswirtschaft in der Region Ostwestfalen-Lippe wurde in Anlehnung an die Studie „Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe“ der OstWestfalenLippe Marketing GmbH (2003: 14-20) abgegrenzt. Die Bedeutung der einzelnen Bereiche wurde anhand der Beschäftigtenzahlen festgestellt (siehe Tabelle 4, Abschnitt 4.4). In den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft, der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung (unter Berücksichtigung der Angestellten, Ärzte, Zahnärzte, Kieferorthopäden, selbständigen Apotheker, Psychotherapeuten und Heilpraktiker), sind knapp 90 Prozent der Beschäftigten tätig.

Für die Erhebung stellte sich die Frage, inwieweit Kooperationen und Netzwerke in den einzelnen Bereichen der Gesundheitswirtschaft vorhanden sind. Den Experten zufolge weisen die stationären und teilstationären Einrichtungen sowie das produzierende Gewerbe in Ostwestfalen-Lippe am häufigsten Kooperationen bzw. Netzwerke auf. Anhand der Datenbank „KOMPASS“ konnte festgestellt werden, dass in Ostwestfalen-Lippe ca. 450 Unternehmen vertreten sind, die Gesundheitsprodukte gemäß der WZ 93 (Gliederung der Wirtschaftszweige durch das Statistische Bundesamt) herstellen.

In den übrigen der in der Tabelle 4 aufgelisteten Bereiche bestehen nach Aussage der Experten nur vereinzelt Kooperationen bzw. Netzwerke, sodass es sinnvoll erschien, diese Bereiche exemplarisch zu erfassen. Kooperationen in der ambulanten Gesundheitsversorgung konnten beispielhaft erfasst werden, indem weitere Experten zu Ärztenetzwerken (die sich zum Teil in der Gründungsphase befinden) befragt wurden. Zusätzlich zu den Experteninterviews konnten die Vernetzungen der ambulanten Ein-

²⁵ Zum Bereich stationäre und teilstationäre Versorgung gehören die Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

richtungen und der übrigen Bereiche der Gesundheitswirtschaft durch die schriftlichen Befragungen der stationären und teilstationären Einrichtungen und des produzierenden Gewerbes indirekt erfasst werden. Diese Vorgehensweise wurde von den befragten Experten als sinnvoll erachtet.

Die schriftliche Befragung konzentrierte sich auf die Bereiche stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung sowie auf die Vorleistungs- und Zulieferindustrien der Gesundheitswirtschaft. Die übrigen Bereiche der Gesundheitswirtschaft wurden anhand dieser Bereiche indirekt erfasst.

In Ostwestfalen-Lippe gibt es dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) zufolge insgesamt 51 allgemeine und sonstige Krankenhäuser (Stand 2002). Allgemeine Krankenhäuser sind solche, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten „nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden“. Sonstige Krankenhäuser nehmen besondere Aufgaben wahr, z. B. durch spezielle Behandlungsverfahren oder zur Versorgung bestimmter Personengruppen (LDS NRW 2004). Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW stellt in seiner Krankenhausdatenbank die Adressen der 45 allgemeinen Krankenhäuser zur Verfügung (Stand 2002). Die allgemeinen Krankenhäuser wurden in der Erhebung vollständig erfasst.

Die Region Ostwestfalen-Lippe verfügt gemäß dem LDS NRW (Veröffentlichung: „Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW“, Stand 2001) über 54 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Welche Voraussetzungen eine Einrichtung erfüllen muss, um als Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu gelten, ist im SGB V (§ 107, Abs. 2) festgelegt. Diejenigen Einrichtungen, die eine gemeinsame Geschäftsführung haben und auch einen gemeinsamen Jahresabschluss erstellen, werden als eine wirtschaftliche Einheit angesehen und daher nur einmal vom LDS NRW erfasst. Bei der Erhebung für die vorliegende Arbeit wurden darüber hinaus auch die übrigen Einrichtungen berücksichtigt, die derselben Geschäftsführung angehören, um ein besseres Bild von den Kooperationen zu gewinnen. Es wurden daher insgesamt 89 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angeschrieben.

Zur Erfassung der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden all diejenigen angeschrieben, deren Adressen die DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) Westfalen in einer Datenbank zur Verfügung stellte. Dabei handelt es sich um sämtliche Pflegeeinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe mit einem Versorgungsvertrag.²⁶ Dies sind insgesamt 220 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen) und 43 teilstationäre Einrichtungen (mit Tages- und Nachtpflege). Diese Zahlen werden vom LÖGD (2004) bestätigt. Insgesamt wurden 397 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung angeschrieben.

In der Vorleistungs- und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft gibt es in Anlehnung an die Firmendatenbank „KOMPASS“ rund 450 Unternehmen, die Gesundheitsprodukte gemäß der WZ 93 (Gliederung der Wirtschaftszweige durch das Statistische Bundesamt) herstellen. Hiervon wurden diejenigen Unternehmen angeschrieben, die medizinische Produkte herstellen und in erster Linie Zulieferer der stationären Einrichtungen sind. Dabei handelt es sich um insgesamt 160 Unternehmen.

5.2 Aufbau der Fragebögen und Interviewleitfäden

Aufbau der Fragebögen

Für die Gesundheitseinrichtungen und die Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie wurden zwei unterschiedliche Fragebögen erstellt (siehe Anhang 5 und 6). Im Fragebogen für die Gesundheitseinrichtungen wurde in einem ersten Fragenkomplex mit der Abfrage der allgemeinen Angaben zu den Einrichtungen begonnen. Dieser beinhaltete Fragen zu

- dem Träger der Einrichtung,
- der Anzahl der Betten bzw. Plätze,
- der Anzahl der weiblichen und männlichen Beschäftigten in einzelnen Qualifikationsgruppen,
- dem Einzugsgebiet der Patienten und seiner Entwicklung sowie
- dem Angebot überregional attraktiver Leistungen.

Diese Fragen erlauben eine grobe Einordnung der Einrichtungen und geben Aufschluss darüber, ob verschiedene Einrichtungen mit unterschiedlicher Intensität koope-

²⁶ Die Pflegekassen kommen nur für Pflegeleistungen von Pflegeeinrichtungen auf, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen festgelegt, die von der Pflegeeinrichtung zu erbringen sind (SGB 11 § 72).

rieren. Sowohl beim Patienten-Einzugsgebiet als auch bei den Kooperationen, die im übrigen Fragebogen behandelt wurden, wurde neben der Entwicklung in den letzten beiden Jahren die Entwicklung in den nächsten beiden Jahre berücksichtigt, da davon auszugehen ist, dass das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) ab 2004 zu Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft führen wird. Mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz wird insbesondere beabsichtigt, Anreize für Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft zu schaffen. Daher ist anzunehmen, dass die Entwicklung der letzten zwei Jahre bei der Mehrzahl der Leistungserbringer und ihren Zulieferern nicht fortgeschrieben werden kann.

Im zweiten Fragenkomplex wurde nach den Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe, in Deutschland (außer OWL) und dem Ausland gefragt, und wie sich diese in den letzten zwei Jahren entwickelt haben und in den nächsten zwei Jahren voraussichtlich entwickeln werden. Dabei wurden Gebrauchsgüter, Verbrauchsgüter und Dienstleistungen unterschieden. Gebrauchsgüter sind Güter, die der mehrmaligen, längerfristigen Nutzung dienen, so z. B. Geräte und Einrichtungsgegenstände. Verbrauchsgüter dienen dagegen nur der einmaligen, kurzfristigen Nutzung, z. B. Lebensmittel und Medikamente. Es kann sich auch um Güter handeln, die in andere Güter eingehen, in andere Substanzen übergehen oder zum Prozessablauf beitragen.²⁷ Mit dem Einkauf von Dienstleistungen ist z. B. die Inanspruchnahme von Reinigungsunternehmen gemeint. Darüber hinaus wurde danach gefragt, welche Gründe dafür sprechen, Güter und Dienstleistungen in der Region Ostwestfalen-Lippe einzukaufen.

Der dritte Fragenkomplex bezog sich auf die Kooperationen (ohne die Einkaufsbeziehungen) der ostwestfälisch-lippischen Einrichtungen, die innerhalb und außerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe mit anderen stationären Einrichtungen, den ambulanten Einrichtungen, den Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie den staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungseinrichtungen bestehen. Gefragt wurde nach der Kooperationsintensität und der zeitlichen Entwicklung in den folgenden drei Bereichen: Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung. Diejenigen Einrichtungen, bei denen sich Kooperationen bisher nicht in gewünschter Weise entwickelt haben, wurden gefragt, welche möglichen Gründe es hierfür gibt und welche Bedeutung

²⁷ Bei Verbrauchsgütern, die zum Prozessablauf beitragen, kann es sich z. B. um Schmierstoffe für Geräte und Maschinen handeln.

diese Gründe haben. Daneben wurde gefragt, ob sich die Einrichtungen in einem oder mehreren Netzwerken innerhalb oder außerhalb Ostwestfalen-Lippes in besonderem Maße engagieren.

Der Fragebogen für Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft wurde hinsichtlich seiner Struktur dem Fragebogen für die Gesundheitseinrichtungen so weit wie möglich angepasst. Im ersten Teil wurden allgemeine Angaben zu den Unternehmen erhoben. Der zweite Teil zu den Einkaufsbeziehungen wurde wie der Fragebogen für die Gesundheitseinrichtungen nach Gebrauchs- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen untergliedert und fragte ebenfalls nach den tendenziellen Entwicklungen der letzten und nächsten zwei Jahre. Der dritte Abschnitt beinhaltete Fragen zu den Abnehmerbeziehungen, um feststellen zu können, wie viel Prozent der Produkte für die Gesundheitswirtschaft hergestellt werden und um welche es sich dabei handelt. Darüber hinaus wurde gefragt, ob den Abnehmern Dienstleistungen angeboten werden und in welchen Regionen die Gesundheitsprodukte verkauft werden. In Teil vier des Fragebogens wurde nach der Intensität und tendenziellen Entwicklung von Kooperationen in den Funktionsbereichen Forschung und Entwicklung, Aus- und Weiterbildung, Produktion und Vertrieb gefragt. Wie auch im Fragebogen für die Gesundheitseinrichtungen sollte hier festgestellt werden, aus welchen Gründen Kooperationen in Ostwestfalen-Lippe bisher nicht im gewünschten Umfang zustande kamen und in welchen Bereichen sich die Unternehmen gegebenenfalls besonders intensiv in Netzwerken inner- und außerhalb von Ostwestfalen-Lippe engagieren.

Aufbau der Interviewleitfäden

Zur Konzipierung der Fragebögen und zur späteren Interpretation und Abrundung der schriftlichen Befragung wurden mündliche Expertenbefragungen durchgeführt. Die Kombination der schriftlichen mit den mündlichen Befragungen ergab ein abgerundetes Bild über die Kooperationen in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes. Die Expertenbefragungen lieferten detaillierte Zusatzinformationen über die Kooperationen in Ostwestfalen-Lippe. Bei der schriftlichen Befragung wurde auf das Einholen detaillierter Informationen verzichtet, da dies den Umfang der Fragebögen erheblich ausgeweitet hätte. Ein großer Fragebogenumfang führt häufig aufgrund des Zeitaufwands zu einer zu geringen Rücklaufquote, sodass die Repräsentativität möglicherweise nicht gewährleistet ist.

Für die mündlichen Befragungen wurden zwei verschiedene Interviewleitfäden erstellt. Während der erste Interviewleitfaden, der der schriftlichen Befragung vorgelegt wurde, die Kooperationen in Ostwestfalen-Lippe im Allgemeinen behandelte, orientierte sich der spätere Leitfaden hauptsächlich an den Kooperationen der jeweiligen Interviewpartner. Beide Interviewleitfäden beinhalteten offene Fragen, das heißt Fragen, bei denen keine Antwortkategorien vorgegeben wurden, um den befragten Experten bei der Beantwortung einen möglichst großen Freiraum zu geben.

Der erste Interviewleitfaden beinhaltete einen allgemeinen Abschnitt, durch den die wichtigsten Standortfaktoren der Region Ostwestfalen-Lippe sowie die Einstellungen der Gesundheitseinrichtung gegenüber regionalen Kooperationen und Netzwerken erhoben wurden. Die Abschnitte zwei und drei dienten der Untersuchung, in welchem Ausmaß die Gesundheitseinrichtungen in Kooperationen und Netzwerke eingebunden sind, welche räumliche Ausdehnung diese haben und welche Bedeutung ihnen beigemessen wird. In den darauf folgenden Abschnitten wurden Fragen zur gemeinsamen Entwicklung neuer und zur Veränderung bestehender Netzwerkstrukturen gestellt, um die Notwendigkeit der Veränderung der Netzwerkstrukturen zu ermitteln. Darüber hinaus wurden Fragen zur Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes gestellt. Der Interviewleitfaden trug zur Konzipierung des Fragebogens erheblich bei, da mit ihm die Grobstruktur des Fragebogens erprobt werden konnte.

Der zweite Interviewleitfaden besaß einen allgemeinen Abschnitt, um die Gesundheitseinrichtung z. B. hinsichtlich ihrer Trägerschaft einordnen zu können. Im zweiten Abschnitt wurde ausführlich nach den Effekten der Kooperationen auf die Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung gefragt. Die darauf folgenden Abschnitte beinhalteten Fragen zu horizontalen und vertikalen Kooperationen in den Funktionsbereichen Einkauf, Erstellung von Dienstleistungen, Forschung und Entwicklung, Aus- und Weiterbildung sowie Marketing und Vertrieb. Es wurde erhoben, wie die Kooperationen in diesen Bereichen im Einzelnen funktionieren und welche Vor- und Nachteile sich dabei ergeben. Da die Kooperationen in den einzelnen Funktionsbereichen je nach Interviewpartner sehr unterschiedlich strukturiert sein können, wurden die Leitfäden für jeden Partner leicht modifiziert. Beispielsweise wurde bei Interviewpartnern, die mit Kooperationspartnern in einem Beschaffungsnetzwerk zusammenarbeiten, auf den Bereich Einkauf stärker eingegangen. Die zweite Interviewrunde ermöglichte auf

Grundlage der modifizierten Interviewleitfäden eine genaue Interpretation der Ergebnisse der schriftlichen Befragung.

5.3 Ergebnisse der Befragung

5.3.1 Rücklaufquoten und Repräsentativität

Die Teilnahme der Gesundheitseinrichtungen an der schriftlichen Befragung kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. Die höchste Teilnahme ist bei den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zu verzeichnen, hier ergab sich eine Rücklaufquote von 34 Prozent (45 von 134).²⁸ Bei den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen wurde eine Rücklaufquote von 19 Prozent (50 von 263) erreicht. Insgesamt ergab sich damit ein Rücklauf von 24 Prozent (95 von 397 Gesundheitseinrichtungen). Einen Überblick über die Rücklaufquoten gibt Anhang 2.

Zur Überprüfung der Repräsentativität wurde als Indikator die Anzahl der Betten bzw. Plätze herangezogen. Sie ist nach Rücksprache mit dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW der wichtigste Indikator für die Größe einer stationären Einrichtung. Die Repräsentativität kann mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests überprüft werden. Hierbei wird untersucht, ob die Verteilung der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich des Indikators Betten-/Platzzahl mit der Verteilung aller Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe übereinstimmt. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Betten-/Platzzahlen in Größenklassen eingeteilt. Zu berücksichtigen ist, dass der Chi-Quadrat-Test zu unterschiedlichen Ergebnissen führt, je nachdem wie die Einteilung in Größenklassen vorgenommen wird.

Der Chi-Quadrat-Test wurde für die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Krankenhäuser getrennt durchgeführt. Die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden in die drei Größenklassen bis zu 50, 51-100 und 101-200 Betten/Plätzen unterteilt. Pflegeeinrichtungen mit mehr als 200 Betten/Plätzen konnten nicht berücksichtigt werden, da ihre genaue Anzahl in der Grundgesamtheit nicht bekannt ist. Von den 50 befragten Pflegeeinrichtungen haben vier mehr als 200 Betten/Plätze. Es wurden daher die 46 Einrichtungen mit bis zu 200 Betten/Plätzen von den insgesamt 50 befragten Einrichtungen beim Chi-Quadrat-Test berücksichtigt.

²⁸ Die Anzahl 45 setzt sich zusammen aus 14 Krankenhäusern, 27 Reha-Einrichtungen und 4 weiteren Einrichtungen, die sich aufgrund einer anonymen Beantwortung des Fragebogens nicht eindeutig als Krankenhaus oder Reha-Einrichtung zuordnen ließen.

Die 46 Pflegeeinrichtungen wurden mit den 263 Pflegeeinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe hinsichtlich der Verteilung der Häufigkeiten in den drei genannten Größenklassen verglichen. Der statistische Test ergab einen Chi-Quadrat-Wert von 0,282 und eine Signifikanz von 0,868. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Verteilung der befragten Pflegeeinrichtungen mit bis zu 200 Betten/Plätzen mit der Verteilung aller Pflegeeinrichtungen derselben Größenklassen in Ostwestfalen-Lippe übereinstimmt. Es kann daher insoweit von der Repräsentativität der befragten Pflegeeinrichtungen ausgegangen werden (siehe Anhang 3).

Bei der Überprüfung der Repräsentativität der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen war zu berücksichtigen, dass sie bei dieser Erhebung anders erfasst wurden als durch das LDS NRW (siehe Abschnitt 5.1). Daher konnten die befragten Reha-Einrichtungen nur hinsichtlich ihrer Repräsentativität für die im Verzeichnis des LDS NRW erfassten Reha-Einrichtungen überprüft werden. Von den 27 befragten Reha-Einrichtungen waren 24 im Verzeichnis des LDS NRW zu finden. Diese 24 Einrichtungen wurden hinsichtlich ihrer Repräsentativität überprüft. Sie wurden anhand des Indikators Bettenzahl in die drei Gruppen bis zu 100, 101-200 und über 200 Betten untergliedert. Der Chi-Quadrat-Test ergab hierbei einen Chi-Quadrat-Wert von 0,187 und eine Signifikanz von 0,911. Es kann daher angenommen werden, dass die befragten Reha-Einrichtungen, die auch im Verzeichnis des LDS NRW aufgeführt sind, für die 54 Reha-Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe repräsentativ sind (siehe Anhang 3).

Die allgemeinen Krankenhäuser werden vom Statistischen Bundesamt in die drei Klassen Grundversorgung (bis 200 Betten), Regionalversorgung (201 bis 800 Betten) und Maximalversorgung (über 800 Betten) unterteilt. Bei der Überprüfung der Repräsentativität der 14 befragten Krankenhäuser ergab sich ein Chi-Quadrat-Wert von 0,143 und eine Signifikanz von 0,931. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass die 14 befragten Krankenhäuser hinsichtlich der Bettenzahl für alle 45 allgemeinen Krankenhäuser in Ostwestfalen-Lippe repräsentativ sind. Allerdings ist bei diesem Ergebnis zu berücksichtigen, dass die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt werden. Vorausgesetzt wird, dass die erwarteten Häufigkeiten in allen drei Gruppen mindestens den Wert eins annehmen und höchstens in 20 Prozent der Klassen kleiner als fünf sind (Voß u. a. 2000: 452). In den beiden Gruppen der Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten und über 800 Betten ergeben sich allerdings erwartete Häufigkeiten von 4,7 und 0,9, die damit beide unter 5,0 liegen. Diese beiden Gruppen machen 66,6 Prozent aus (zwei der drei Gruppen) und liegen damit über der 20 Prozent-Grenze. Die

Voraussetzungen wurden daher nicht erfüllt. Es war notwendig, die Repräsentativität mit einem weiteren Test zu überprüfen, der im Folgenden näher beschrieben wird.

Da der Anteil der Krankenhäuser mit über 800 Betten im Verhältnis zu den übrigen beiden Anteilen sehr gering ausfiel, wurde diese Gruppe mit der zweiten Gruppe der Krankenhäuser (über 200 bis 800 Betten) zusammengefasst. Dadurch ergaben sich die beiden Größenklassen bis 200 und über 200 Betten. Bei zwei Gruppen bietet es sich an, einen Anteilswertetest durchzuführen. Hierbei wird überprüft, ob die Anteile der 14 befragten Krankenhäuser hinsichtlich des Indikators Bettenzahl mit den Anteilen aller 45 Krankenhäuser in Ostwestfalen-Lippe weitgehend übereinstimmen. Dazu muss in einem ersten Schritt eine Nullhypothese aufgestellt werden. Sie lautete: „Der Anteil der befragten Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten stimmt mit dem entsprechenden Anteil in der Grundgesamtheit überein“. Es wurde also davon ausgegangen, dass sich der Anteil der befragten Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten (28,57 Prozent) nicht statistisch signifikant vom entsprechenden Anteil in der Grundgesamtheit (33,33 Prozent) unterscheidet. Die Voraussetzung für diesen Test wurde erfüllt. Der Anteilswertetest kam zu dem statistisch signifikanten Ergebnis, dass der Anteil der befragten Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten mit dem entsprechenden Anteil der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit übereinstimmt (Signifikanzniveau 0,05). Daher kann davon ausgegangen werden, dass die befragten Krankenhäuser für alle Krankenhäuser in der Grundgesamtheit repräsentativ sind (siehe Anhang 3).

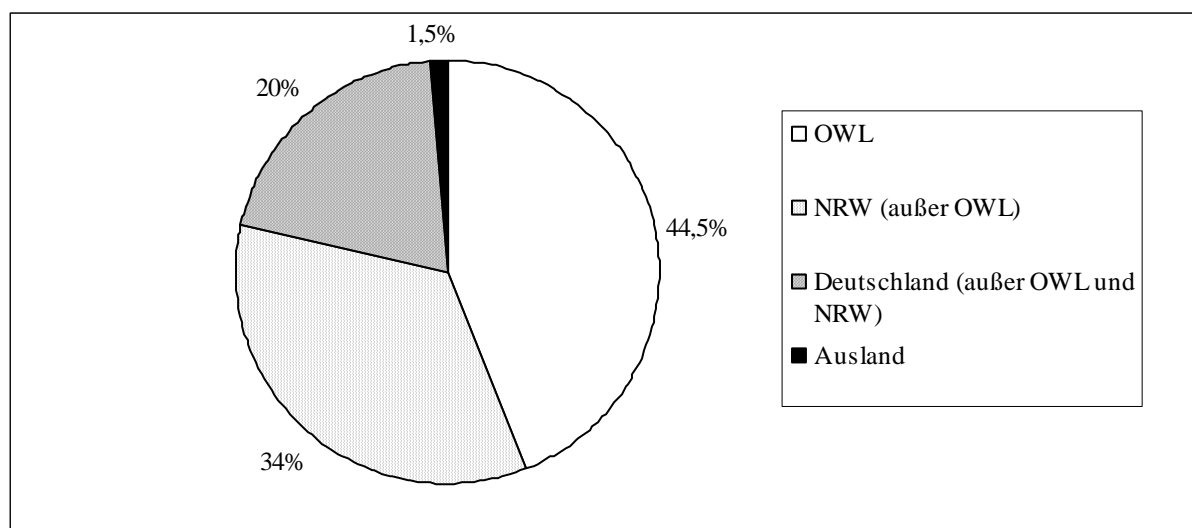
Bei den Unternehmen der Vorleistungs- und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft wurde lediglich eine Rücklaufquote von 6 Prozent (9 von 160 Unternehmen) erreicht, sodass die Repräsentativität nicht gewährleistet ist. Die Aussagen dieser neun Unternehmen werden daher in diesem Bericht nicht gesondert aufgeführt, sondern finden bei der Beschreibung der Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen mit deren Zulieferern bei der Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen sowie der Forschung und Entwicklung Berücksichtigung.

5.3.2 Allgemeine Angaben der befragten Gesundheitseinrichtungen

Träger der Gesundheitseinrichtungen

Die befragten Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen gehören zu 67 Prozent einem Träger an, der mehrere Einrichtungen unterhält, und zu 33 Prozent einem Träger mit nur dieser einen Einrichtung. Einrichtungen, die mit anderen Einrichtungen zusammen einem Träger angehören, bekamen die Fragen gestellt, wo sich die Standorte dieser Einrichtungen befinden und um wie viele Einrichtungen es sich dabei handelt. Da es vorkam, dass mehrere Einrichtungen ein und desselben Trägers den Fragebogen beantwortet haben, können die Prozentzahlen der Gebietseinheiten durch Doppelt- oder Mehrfachzählungen möglicherweise überschätzt worden sein. So kann also nur unter Vorbehalt gesagt werden, dass die Träger mehrerer Einrichtungen 44,5 Prozent der Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe unterhalten. Dies zeigt, dass sich Einrichtungen, die einem gemeinsamen Träger angehören, eher in Ostwestfalen-Lippe konzentrieren, als dass sie regionsübergreifenden Einrichtungsverbünden angehören (vorausgesetzt, dass hierbei keine Überschätzungen vorliegen).

Abb. 10 Standorte der Einrichtungen von Trägern mit mehreren Einrichtungen in Prozent

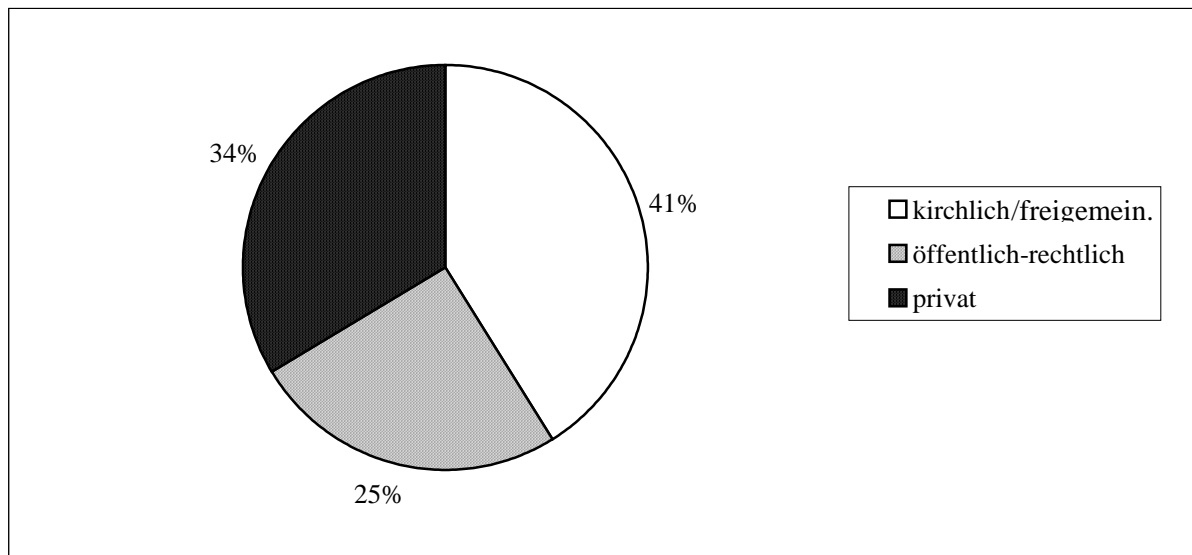


Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=62

Die Gesundheitseinrichtungen lassen sich bezüglich ihrer Trägerschaft in kirchliche/freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche und private Einrichtungen unterteilen. Während der Unterhalt kirchlicher/freigemeinnütziger Einrichtungen durch die Kirchen, die freie Wohlfahrtspflege, Gemeinden, Vereine und Stiftungen erfolgt, werden öffentlich-rechtliche Einrichtungen über die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise oder Gemeinden) bzw. den daraus hervorgehenden Zweckgemeinschaften und Sozialversicherungsträgern unterhalten. Private Gesundheitseinrichtungen gelten als Unternehmen und können unterschiedliche Gesellschafter aufweisen (Ennemann 2003: 16; Ott 2003: 2). Die befragten Einrichtungen gehören zu 41 Prozent kirchlichen/freigemeinnützigen Trägern an, zu 34 Prozent privaten Trägern und zu 25 Prozent öffentlich-rechtlichen Trägern, wie Abbildung 11 zeigt.

Einer Studie der Wirtschaftsprüfung Ernst & Young zufolge wird der Anteil der öffentlich-rechtlichen Gesundheitseinrichtungen bis zum Jahr 2020 um bis zu 70 Prozent abnehmen. Der Anteil der privaten Einrichtungen wird dagegen voraussichtlich um 44 Prozent steigen. Als Gründe für diese Entwicklung werden der steigende Kostendruck und wachsende private Konkurrenz genannt, wovon insbesondere kleinere öffentlich-rechtliche Einrichtungen betroffen sein werden. (Ernst & Young 2005).

Abb. 11 Art der Träger in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=95

Die verschiedenen Trägerschaften wurden erhoben, um mögliche Unterschiede hinsichtlich der Kooperationsintensität in einzelnen Funktionsbereichen festzustellen. Die Träger wurden hinsichtlich ihrer Kooperationen mit stationären und ambulanten Ein-

richtungen, Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen verglichen (siehe Anhang 4). Wie sich herausstellte, kooperieren Gesundheitseinrichtungen, die kirchlichen/freigemeinnützigen Trägern angehören, mit anderen stationären Einrichtungen und mit ambulanten Einrichtungen in der Aus- und Weiterbildung und der Forschung und Entwicklung intensiver als Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher oder privater Trägerschaft. Die Kooperationen mit staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen sind in den drei Bereichen Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung und Forschung und Entwicklung bei Einrichtungen mit kirchlichem/freigemeinnützigem Träger ebenfalls stärker ausgeprägt.

Die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen kooperieren bei der Erstellung von Dienstleistungen mit stationären und ambulanten Einrichtungen überdurchschnittlich intensiv. Darüber hinaus kooperieren sie mit Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers in allen drei Bereichen stärker als Einrichtungen kirchlicher/freigemeinnütziger und privater Träger. Diejenigen Einrichtungen, die privaten Trägern angehören, kooperieren in allen Bereichen nur unterdurchschnittlich intensiv.

Betten-/Platzzahlen der Gesundheitseinrichtungen

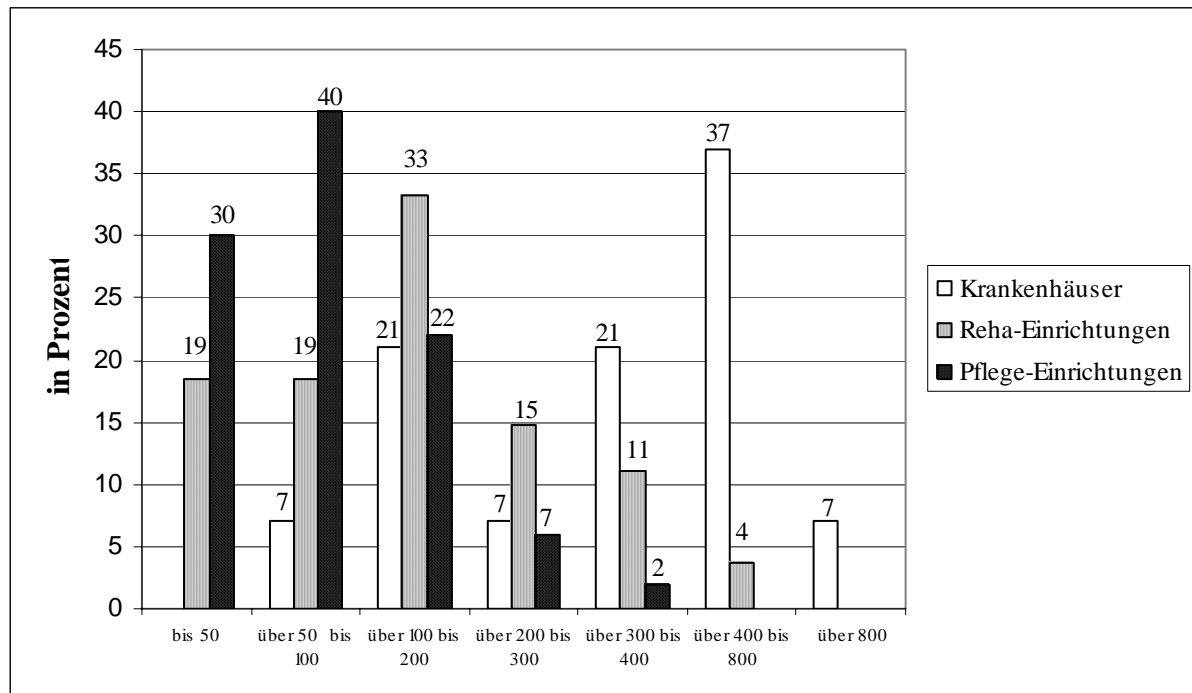
Um die Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Größe gruppieren zu können, wurden sie zu ihren Betten- bzw. Platzzahlen befragt (siehe Abbildung 12). Unter den Pflegeeinrichtungen sind diejenigen am häufigsten vertreten, die zwischen 51 und 100 Betten bzw. Plätze zur Verfügung stellen (40 Prozent). An zweiter Stelle stehen Einrichtungen mit bis zu 50 Betten bzw. Plätzen. Einrichtungen mit mehr als 100 und bis zu 200 Betten bzw. Plätzen sind noch zu 22 Prozent vertreten. Die größeren Pflegeeinrichtungen machen nur einen geringen Anteil aus.

Die befragten Reha-Einrichtungen stellen hauptsächlich über 100 bis 200 Betten zur Verfügung (33 Prozent). Reha-Einrichtungen der Gruppen mit bis zu 50 und über 50 bis 100 Betten sind am zweithäufigsten zu jeweils 19 Prozent vertreten. Auch Reha-Einrichtungen mit über 200 bis 400 Betten kommen noch relativ häufig vor, größere nur zu 4 Prozent.

Die befragten Krankenhäuser haben dagegen sehr unterschiedliche Bettenzahlen. Krankenhäuser der Grundversorgung (bis zu 200 Betten) sind zu 28 Prozent vertreten,

Krankenhäuser der Regionalversorgung (über 200 bis zu 800 Betten) zu 65 Prozent und Krankenhäuser der Maximalversorgung (über 800 Betten) zu 7 Prozent. Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs im Krankenhaussektor ist mit einer Abnahme des Anteils der kleineren Krankenhäuser mit bis zu 200 oder auch 250 Betten zu rechnen. Dies betrifft also vor allem Krankenhäuser der Grundversorgung.

Abb. 12 Einrichtungen gruppiert nach Betten-/Platzzahlen in Prozent

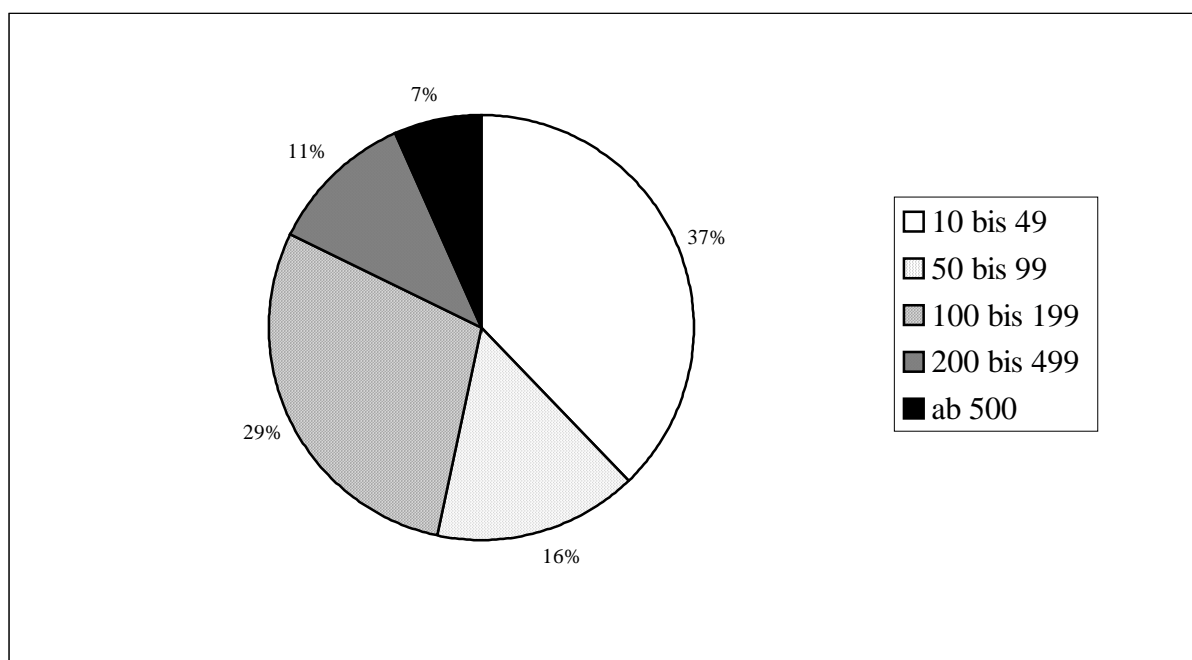


Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=95

Beschäftigte in den Gesundheitseinrichtungen

Betrachtet man in Abbildung 13 die Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Beschäftigtenzahlen, so fällt auf, dass der überwiegende Teil der Einrichtungen zwischen 10 und 49 Personen beschäftigt (37 Prozent). An zweiter Stelle stehen Einrichtungen mit 100 bis 199 Beschäftigten. Vergleicht man diese Anteile mit den Betten-/ Platzzahlen, so ist zu vermuten, dass es sich bei den Einrichtungen mit 100 bis 199 Beschäftigten überwiegend um Krankenhäuser handelt, da sie entsprechend hohe Bettenzahlen aufweisen.

Abb. 13 Beschäftigte insgesamt in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=45

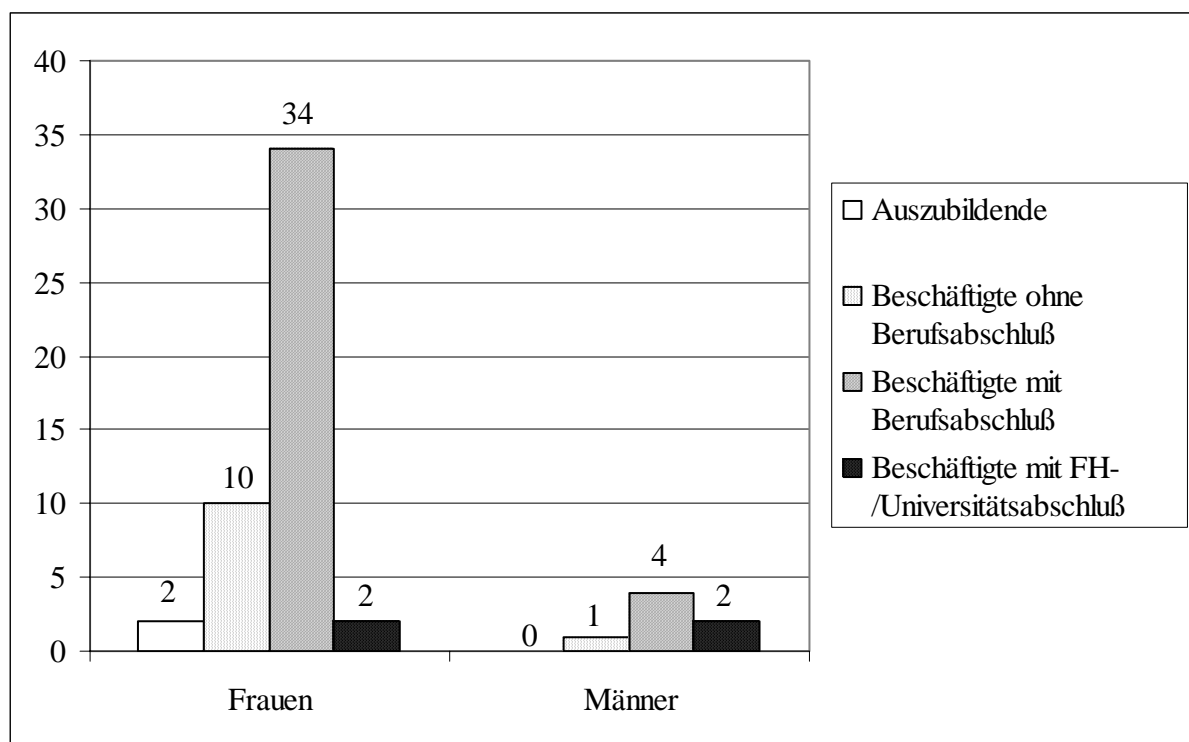
Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl der weiblichen und männlichen Beschäftigten in den Qualifikationsgruppen Auszubildende, Beschäftigte ohne Berufsabschluss, mit Berufsabschluss sowie mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss dargestellt (siehe Abbildung 14). Die Durchschnitte wurden anhand des Medians berechnet. Dies lässt sich folgendermaßen begründen: Unter den befragten Einrichtungen gibt es einige mit einer sehr großen Anzahl von Beschäftigten, wodurch sich eine schiefe Verteilung ergibt. Die durchschnittliche Beschäftigtenzahl würde als zu hoch eingeschätzt werden, wenn man zur Berechnung das arithmetische Mittel heranziehen würde. Bei der Berechnung des arithmetischen Mittels wird die Summe der Beschäftigten durch die Anzahl der Nennungen dividiert. Bei der Berechnung des Medians werden dagegen die Beschäftigtenzahlen der Größe nach geordnet. Der Median ent-

spricht dann der mittleren Zahl der Beschäftigten, sodass 50 Prozent der Beschäftigten darunter und 50 Prozent darüber liegen.

Am größten ist die Anzahl der weiblichen Beschäftigten mit Berufsabschluss, sie liegt durchschnittlich bei 34 Beschäftigten. Danach folgen die weiblichen Beschäftigten ohne Berufsabschluss (mit durchschnittlich 10 Beschäftigten). Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss ist sowohl bei den weiblichen Beschäftigten als auch bei den männlichen Beschäftigten gering.

Besonders auffällig ist, dass die Einrichtungen im Durchschnitt nur zwei weibliche Auszubildende und keinen männlichen Auszubildenden beschäftigen. Von den 82 Einrichtungen, die sich zu dieser Frage äußerten, gaben 34 Prozent an, dass sie gar keine weibliche Auszubildende beschäftigen. 59 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen beschäftigen keinen männlichen Auszubildenden. Die männlichen Beschäftigten sind in den Gesundheitseinrichtungen in allen vier Qualifikationsgruppen stark unterrepräsentiert.

Abb. 14 Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in einzelnen Qualifikationsgruppen (berechnet mit dem Median)



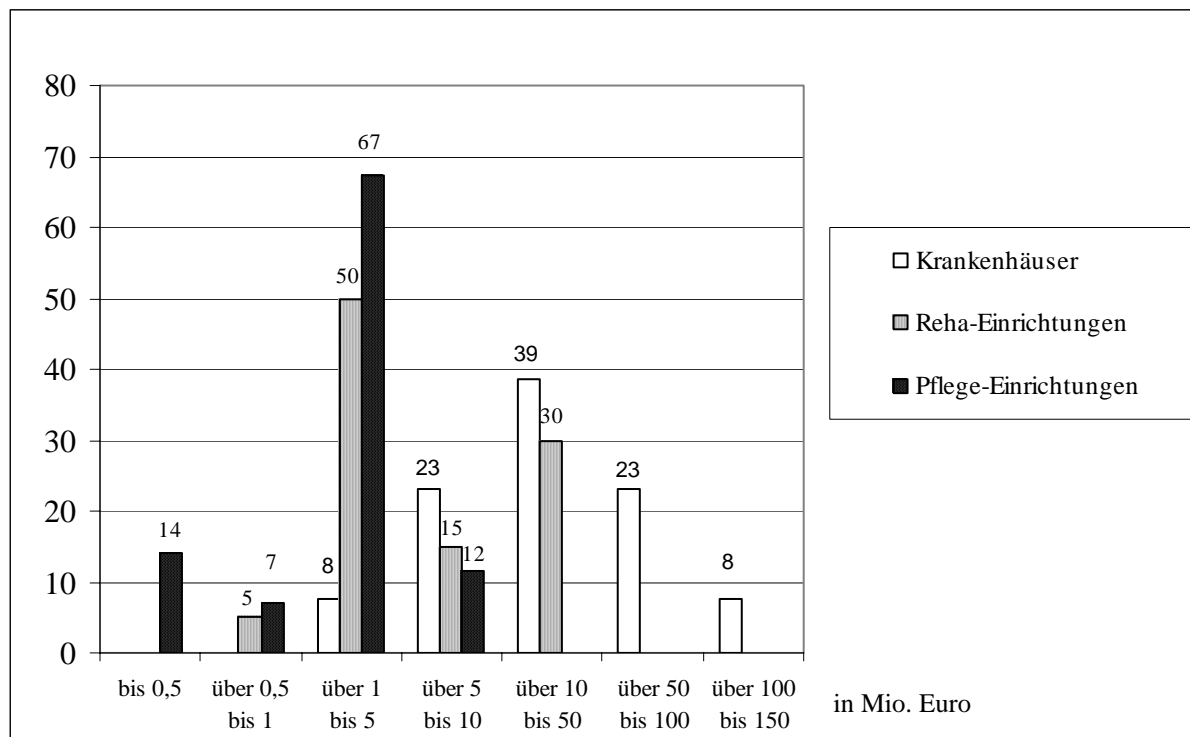
Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 60 und 85

Umsätze der Gesundheitseinrichtungen

In Abbildung 15 werden die prozentualen Umsatzanteile der verschiedenen Einrichtungen dargestellt. Die Umsätze der Krankenhäuser liegen zwischen über 1 Mio. Euro bis zu 150 Mio. Euro. Sie verteilen sich symmetrisch auf die einzelnen Größenklassen. Am häufigsten sind diejenigen Krankenhäuser vertreten, die einen Umsatz über 10 Mio. Euro und bis zu 50 Mio. Euro erwirtschaften. Die Reha-Einrichtungen haben Umsätze über 0,5 Mio. Euro bis zu 50 Mio. Euro zu verzeichnen. Hier ist die Verteilung recht unterschiedlich. Der Großteil der Reha-Einrichtungen erwirtschaftet einen Umsatz von über 1 Mio. Euro bis zu 5 Mio. Euro. Reha-Einrichtungen, die einem Träger mit mehreren Einrichtungen angehören, erwirtschaften eher höhere Umsätze ab 1 Mio. Euro, während einzelne Reha-Einrichtungen überwiegend geringere Umsätze bis zu 5 Mio. Euro verzeichnen. Die Pflegeeinrichtungen erwirtschaften Umsätze bis zu 10 Mio. Euro. Hierbei sind Einrichtungen mit einem Umsatz von über 1 Mio. bis zu 5 Mio. Euro am häufigsten – zu 67 Prozent – vertreten.

Vergleicht man die Umsätze mit den Betten-/Platzzahlen (als Indikator für die Größe der Einrichtungen), so wird deutlich, dass die Krankenhäuser als die größten Einrichtungen dementsprechend die höchsten Umsätze zu verzeichnen haben, während die Reha-Einrichtungen hinsichtlich Größe und Umsatz im Mittelfeld liegen. Die vergleichsweise kleineren Pflegeeinrichtungen erwirtschaften die geringsten Umsätze.

Abb. 15 Umsätze der Einrichtungen in Prozent

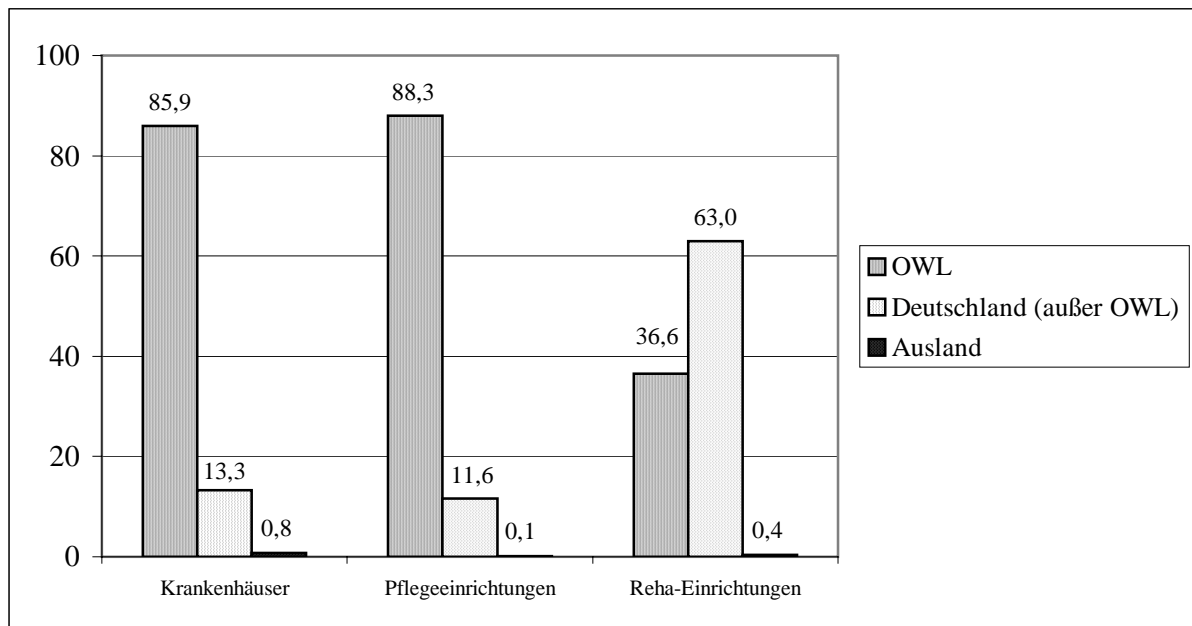


Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=84

Patienten-Einzugsgebiete

Die Erhebung der Patienten-Einzugsgebiete dient der Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Sie zeigt, welche Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes hinsichtlich der Nachfrage der Patienten eher regional orientiert sind und welche eher überregional. Dementsprechend sind eher regionale bzw. überregionale Kooperationen von Vorteil, wie später aufgezeigt wird. Es wurde die Frage gestellt, ob die Patienten der Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen überwiegend aus Ostwestfalen-Lippe kommen (siehe Abbildung 16). Die befragten Krankenhäuser behandeln zu 85,9 Prozent Patienten aus Ostwestfalen-Lippe und zu 13,3 Prozent Patienten aus anderen Regionen Deutschlands. Das Einzugsgebiet der Pflegeeinrichtungen ist noch stärker auf Ostwestfalen-Lippe konzentriert: sie behandeln zu 88,3 Prozent Patienten aus Ostwestfalen-Lippe und zu 11,6 Prozent Patienten aus anderen Regionen Deutschlands. Die Reha-Einrichtungen versorgen dagegen überwiegend Patienten aus anderen Regionen Deutschlands: zu 63 Prozent. Nur 36,6 Prozent der von ihnen behandelten Patienten kommen aus Ostwestfalen-Lippe. Ausländische Patienten nehmen die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen fast gar nicht in Anspruch. Ihr Anteil liegt bei allen Gesundheitseinrichtungen unter 1 Prozent.

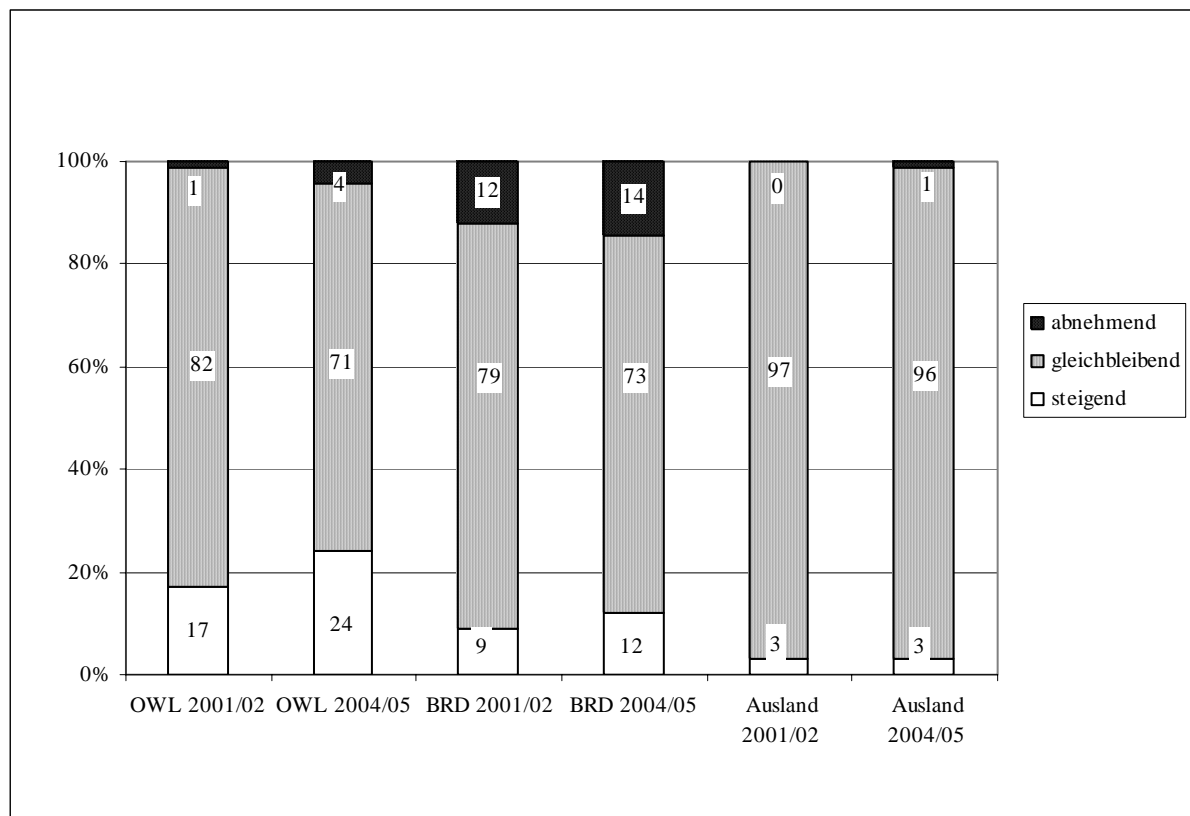
Abb. 16 Patienten-Einzugsgebiete der verschiedenen Einrichtungen in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 93 und 94

Die drei Einzugsgebiete haben sich nach Aussage der überwiegenden Zahl der Einrichtungen in den letzten zwei Jahren (2001/02) nicht geändert: Auch für die nächsten zwei Jahre (2004/05) wird keine Änderung erwartet (siehe Abbildung 17). 17 Prozent der Einrichtungen gaben an, dass der Anteil der Patienten aus Ostwestfalen-Lippe in den letzten zwei Jahren zugenommen hat. Nur bei 1 Prozent der Einrichtungen ist der Anteil der Patienten aus Ostwestfalen-Lippe gesunken. Immerhin 24 Prozent der Einrichtungen gehen davon aus, dass der Anteil der Patienten aus Ostwestfalen-Lippe in den nächsten zwei Jahren steigen wird; 4 Prozent der Einrichtungen sprechen von einem Rückgang. Ostwestfalen-Lippe wird daher gegenüber den letzten beiden Jahren voraussichtlich an Bedeutung gewinnen. Die Anzahl der Patienten aus den übrigen Regionen Deutschlands nahm in den letzten beiden Jahren eher ab. Auch für die nächsten beiden Jahre wird eher mit einer Abnahme als mit einer Zunahme gerechnet. Bei den Patienten aus dem Ausland wird kaum von einer Änderung in den nächsten beiden Jahren ausgegangen.

Abb. 17 Änderung der Patienten-Einzugsgebiete in Prozent (2001/02 und 2004/05)

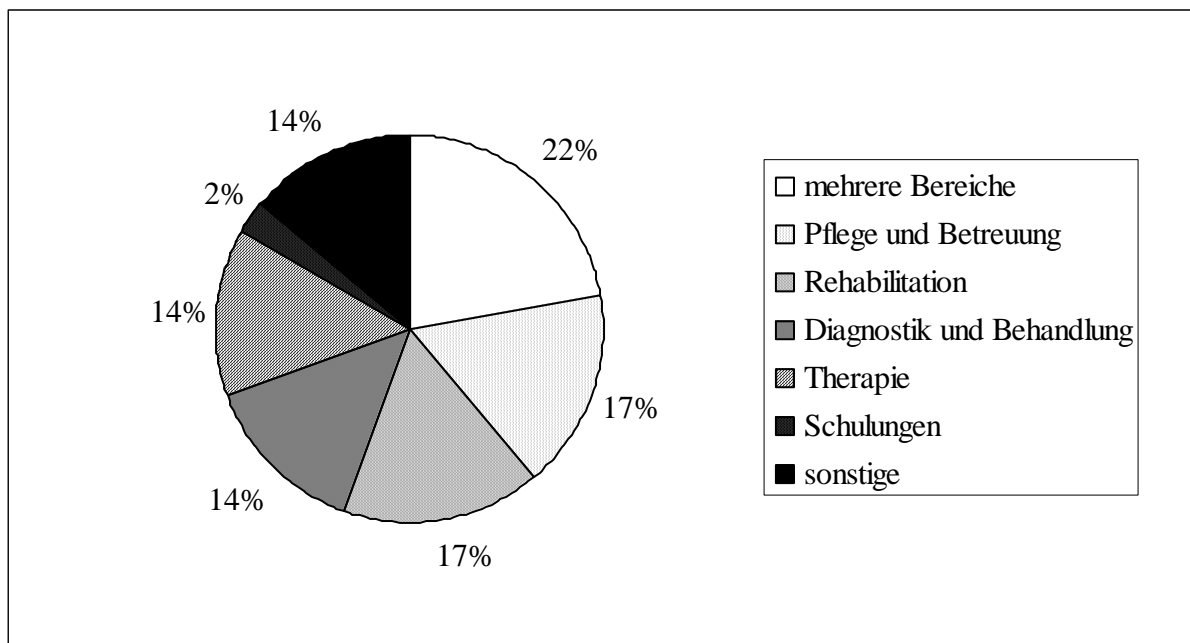


Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 90 und 93

Überregionale Attraktivität der Leistungen

Im Folgenden wurde danach gefragt, ob die Einrichtungen für ihre Patienten überregional attraktive Leistungen anbieten. Aufbauend auf den Angaben zur Attraktivität des Leistungsangebots wird später untersucht, in welchen Bereichen eventuell Handlungsbedarf besteht. 57 Prozent der Einrichtungen bieten nach eigenen Aussagen überregional attraktive Leistungen an, während 43 Prozent der Einrichtungen dies nicht tun (67 von 95 Befragten äußerten sich hierzu) (siehe Abbildung 18). Bei allen Leistungen, die in Abbildung 18 erfasst sind, handelt es sich um spezielle Leistungen. Die am häufigsten genannten beiden Bereiche sind: Rehabilitation (zu 17 Prozent) und die Pflege und Betreuung der Patienten (ebenfalls zu 17 Prozent). An zweiter Stelle stehen Verfahren der Therapie und Diagnostik und Behandlung der Patienten (jeweils zu 14 Prozent). Schließlich wurden noch zu einem geringen Anteil (2 Prozent) Schulungen der Patienten genannt. 14 Prozent der Einrichtungen bieten sonstige Leistungen an wie z. B. betreutes Wohnen, Sportmöglichkeiten oder Kinderbetreuung. 22 Prozent der Einrichtungen bieten mehrere der genannten Leistungen an.

Abb. 18 Überregional attraktive Leistungen für Patienten in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=67

Vor allem die Reha-Einrichtungen bieten nach eigenen Aussagen überregional attraktive Leistungen an, nämlich 71 Prozent von ihnen. Nach Meinung der Experten sind die Leistungen der ostwestfälisch-lippischen Reha-Einrichtungen vor allem deswegen überregional attraktiv, da viele von ihnen die Strategie der Marktnischenbesetzung verfolgen und Leistungen für spezielle Zielgruppen anbieten. Ihr Einzugsgebiet umfasst meist NRW oder auch ganz Deutschland (siehe Abbildung 16). Schon seit dem 19. Jahrhundert versorgen sie laut Experten insbesondere Patienten aus dem Ruhrgebiet.

Die Reha-Einrichtungen sind nach Aussage der Experten diejenigen Gesundheitseinrichtungen, die am stärksten um Patienten werben. Dies betrifft sowohl die Werbung um Privatpatienten als auch um Kassenpatienten. Um Privatpatienten wird beispielsweise auf Gesundheitsmessen, bei Veranstaltungen in Krankenhäusern, bei Tagen der offenen Tür, über Kataloge, Flyer und Internetseiten (mit der Option direkt zu buchen) geworben. Die Werbung um Kassenpatienten erfolgt über Kontakte zu Kosten- und Rentenversicherungsträgern und zu Krankenhäusern und Unikliniken (Key-Accounting). Ihnen werden beispielsweise neue Therapie-Methoden vorgestellt. Nach Ansicht der Experten kommt der Mund-zu-Mund-Propaganda (Empfehlungsmarketing) bei beiden Patientengruppen eine große Bedeutung zu.

Unter den Krankenhäusern bieten etwas mehr als die Hälfte – 55 Prozent – überregional attraktive Leistungen an; unter den Pflegeeinrichtungen sind es nur 43 Prozent. Da die Krankenhäuser zu rund 86 Prozent und die Pflegeeinrichtungen zu rund 88 Prozent Patienten aus der Region versorgen, ist die Schaffung eines überregional attraktiven Angebotes für sie von nachrangiger Bedeutung. Die Kostenträger haben auf die Größe der Einzugsgebiete einen erheblichen Einfluss.

Die Steuerung der Patientenaufnahme in den Krankenhäusern erfolgt nach Aussage der Experten zu schätzungsweise 90 Prozent über die niedergelassenen Ärzte. In der Regel werden die Patienten durch Ärzte zugewiesen, die ihre Niederlassungen in derselben Gemeinde bzw. demselben Kreis haben. Es kommt aber auch vor, dass die Patienten auf ihr Verlangen hin einem bestimmten Krankenhaus zugewiesen werden. Daher ist es auch bei gesetzlich versicherten Patienten wichtig, welches Image ein Krankenhaus hat. Die Mund-zu-Mund-Propaganda spielt ebenso wie bei den Reha-Einrichtungen eine entscheidende Rolle. Nach Aussage der Experten betreiben einige Krankenhäuser innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe Öffentlichkeitsarbeit, z. B. über Artikel in regionalen Zeitungen oder indem Tage der offenen Tür veranstaltet werden.

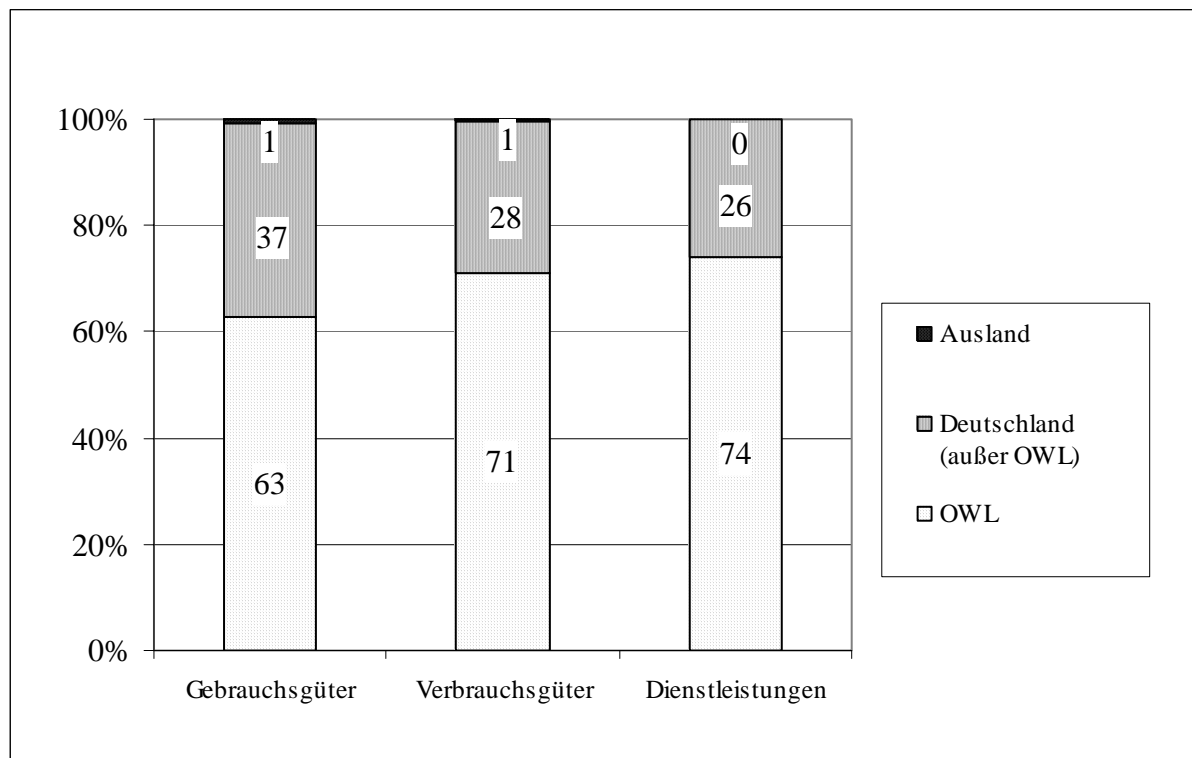
Auch die Pflegeeinrichtungen werben laut Experten trotz ihrer gegenwärtig hohen Auslastung in der Region Ostwestfalen-Lippe um Patienten. Die Anforderungen der Patienten und auch der Angehörigen an die Qualität der Pflegeleistungen haben in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Eigenbeteiligung an den Kosten zugenommen. Sie sind gesundheitsbewusster geworden und schenken den Behandlungsmethoden und Produkten mehr Beachtung. Von den Pflegeeinrichtungen wird ein möglichst breites Leistungsspektrum erwartet. Die Pflegeeinrichtungen versuchen, sich über Profilbildung von anderen Anbietern der Region abzuheben. Werbung erfolgt z. B. über Veröffentlichungen in Zeitschriften, Broschüren, Flyer, Internetseiten, Direktwerbung an Fahrzeugen sowie über Vorträge. Förderkreise und der „Seniorenkaffee“ tragen zur Profilbildung bei. Einige Pflegeeinrichtungen planen, sich im Radio Westfalica über Life-Sendungen während ihrer Arbeitseinsätze zu präsentieren.

5.3.3 Kooperationen und Netzwerke bei der Beschaffung

Kooperationen und Netzwerke zwischen Gesundheitseinrichtungen und Zulieferern

Die Gesundheitseinrichtungen beziehen ihre Ge- und Verbrauchsgüter sowie die Dienstleistungen überwiegend aus der Region Ostwestfalen-Lippe. Die Dienstleistungen werden beispielsweise zu 74 Prozent aus Ostwestfalen-Lippe bezogen und zu 26 Prozent aus anderen Regionen Deutschlands. Somit erfolgt der Bezug komplett aus dem Inland.

Abb. 19 Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 91 und 94

Aus den Experteninterviews geht hervor, dass die Gesundheitseinrichtungen bemüht sind, die regionale Wirtschaft zu unterstützen und daher ihre Güter und Dienstleistungen nach Möglichkeit aus Ostwestfalen-Lippe beziehen.

Die Art der Beschaffung kann hinsichtlich ihrer Häufigkeit unterschieden werden. Nach Aussage der Experten spielen bei häufig zu beschaffenden Gütern und Dienstleistungen langjährige, vertrauensvolle Lieferantenbeziehungen eine wichtige Rolle, sodass es eher selten zu einem Wechsel der Zulieferer kommt. Bei eher selten zu beschaffenden Gütern und Dienstleistungen, die häufig sehr kostenintensiv sind, kommt es zumeist zu überregionalen Ausschreibungen, um den günstigsten Anbieter zu fin-

den. Nach Meinung der Experten bieten die ostwestfälisch-lippischen Zulieferer ein ähnliches oder sogar besseres Preis-Leistungs-Verhältnis als die Zulieferer aus anderen Regionen, sodass auch bei Ausschreibungen überwiegend regionale Anbieter in Anspruch genommen werden. Ausschreibungen können allerdings für die Gesundheitseinrichtungen den Nachteil mit sich bringen, dass sie zu wenig auf deren spezielle Bedürfnisse zugeschnitten sind. Es wird dann zwar der günstigste Preis realisiert, aber die Leistung des Anbieters ist möglicherweise im Vergleich nicht die qualitativ hochwertigste.

Bei der Beschaffung innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe spielen nach Ansicht der Experten aber nicht nur das Preis-Leistungs-Verhältnis und die langjährigen Beziehungen eine wichtige Rolle, sondern auch die räumliche Nähe zu den Zulieferern. Sie ist bei allen Gütern und Dienstleistungen wichtig, die in kurzen Versorgungsabständen geliefert werden müssen, z. B. leicht verderbliche Lebensmittel.

Die räumliche Nähe ist laut Experten auch bei der Beschaffung von beratungsintensiven Gütern und Dienstleistungen wichtig. Sie erfordern eine starke Kundennähe, so z. B. Serviceleistungen für Krankenhäuser, die mit dem Bettenmanagement verbunden sind. Auch bei der gemeinsamen Entwicklung von Innovationen sind häufig persönliche Gespräche notwendig. Nach Aussagen der Experten nehmen die einmaligen und auch dauerhaften Beratungsleistungen der Hersteller zur Anwendung der Produkte enorm zu. Diese Leistung nehmen insbesondere Reha-Einrichtungen in Anspruch. Beraten werden neben den Gesundheitseinrichtungen auch der Groß- und Fachhandel, vor allem Sanitätshäuser. Die Beratung dient den Zulieferern als Verkaufsunterstützung. Bei dauerhaften Beratungsleistungen fungieren die Zulieferer als Wissensvermittler, die ihr Wissen über die Produkte an die Gesundheitseinrichtungen weitergeben.

Die Gesundheitseinrichtungen beziehen ihre Güter und Dienstleistungen aus unterschiedlicher räumlicher Entfernung. Die Ge- und Verbrauchsgüter werden vor allem von den Pflege- und Reha-Einrichtungen aus Ostwestfalen-Lippe bezogen (siehe Tabelle 12). Die Krankenhäuser beziehen diese dagegen eher aus anderen Regionen Deutschlands. Sie kaufen die Gebrauchsgüter beispielsweise zu 41,5 Prozent in Ostwestfalen-Lippe ein, zu 56,1 Prozent in anderen Regionen Deutschlands und nur zu 2,4 Prozent im Ausland. Dienstleistungen werden von allen Gesundheitseinrichtungen überwiegend von ostwestfälisch-lippischen Anbietern in Anspruch genommen.

Tab. 12 Einkaufsbeziehungen der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Prozent (arithmetische Mittel)

	Gebrauchsgüter aus		
	OWL	Deutschland	Ausland
an Reha-Einrichtungen	53,6 %	45,0 %	1,4 %
an Pflegeeinrichtungen	72,2 %	27,7 %	0,1 %
an Krankenhäuser	41,5 %	56,1 %	2,4 %
	Verbrauchsgüter aus		
	OWL	Deutschland	Ausland
an Reha-Einrichtungen	65,6 %	33,7 %	0,7 %
an Pflegeeinrichtungen	80,3 %	19,5 %	0,2 %
an Krankenhäuser	47,5 %	51,1 %	1,4 %
	Dienstleistungen aus		
	OWL	Deutschland	Ausland
an Reha-Einrichtungen	79,5 %	20,5 %	0,0 %
an Pflegeeinrichtungen	75,2 %	24,6 %	0,2 %
an Krankenhäuser	62,9 %	37,1 %	0,0 %

Quelle: eigene Erhebung, Datenbasen: zwischen 25 und 26 Reha-Einrichtungen, zwischen 49 und 50 Pflegeeinrichtungen, zwischen 13 und 14 Krankenhäuser.

Die unterschiedlichen räumlichen Entfernungen bei der Beschaffung sind nach Aussage der Experten von den Organisationsformen der Gesundheitseinrichtungen abhängig. Die Pflege- und Reha-Einrichtungen sind im Gegensatz zu den Krankenhäusern kaum in Einkaufsverbünden organisiert. Nach Aussage der Experten halten sie den organisatorischen Aufwand eines Einkaufsverbundes im Verhältnis zu ihren Bestellmengen an Ge- und Verbrauchsgütern für zu groß. Eine Ausnahme bildet die Beschaffung von Gebrauchsgegenständen wie Krankenbetten, die oft über ein Einkaufskontor bezogen werden. Vermutlich lassen sich bei der Beschaffung von Krankenbetten über ein Einkaufskontor economies of scale verwirklichen, weil es sich um standardisierte Produkte handelt, die durch das Kontor in größeren Losgrößen beschafft werden können.

Darüber hinaus spielt nach Expertenmeinungen bei Pflege- und Reha-Einrichtungen die Vertrauensbasis zu den Zulieferern durch langjährige persönliche Kontakte eine größere Rolle als bei den Krankenhäusern. Ihre Gebrauchsgüter kaufen sie beispielsweise zumeist nicht direkt beim Hersteller ein, sondern bei regionalen Sanitätshäusern bzw. Fachhändlern, die wiederum die Kontakte zu den Herstellern pflegen. Insbesondere für Pflegeeinrichtungen sind Kontakte in ganz Deutschland oder auch dem Aus-

land aufgrund ihrer relativ geringen Bestellmengen und der eher regionalen bzw. kleinräumigen Organisationsstruktur im Gegensatz zu größeren Gesundheitseinrichtungen nicht erforderlich.

Krankenhäuser sind dagegen nach Auffassung der Experten eher überregional orientiert. Die Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser werden über die Krankenhausgesellschaft auf Bundeslandebene abgewickelt. Auch die Verbandsarbeit erfolgt überregional. Krankenhäuser informieren sich über Anbieter in Zeitschriften, die bundesweit herausgegeben werden. Darüber hinaus sind sie häufig aufgrund ihrer großen Bestellmengen in Einkaufsverbünden organisiert. Bei ihnen spielen Einkaufsvorteile (Marktmacht, Preis- und Qualitätsvorteile) eine größere Rolle als das persönliche Vertrauensverhältnis zu den Zulieferern. Zum Beispiel werden Medikamente als Verbrauchsgüter in der Regel bei Krankenhausapotheken bestellt, die in anderen Regionen Deutschlands oder auch im Ausland ansässig sein können. Gebrauchsgüter werden häufig gemeinsam bei überregionalen Großhändlern beschafft, deren Standort für Krankenhäuser keine Rolle spielt. Bedeutend ist die Qualität der Gebrauchsgüter und die zusätzlichen Serviceleistungen. Beispielsweise sind Großhändler dazu in der Lage, Krankenhäusern Komplettangebote zur Prozessvereinfachung zu liefern, z. B. OP-Sets.

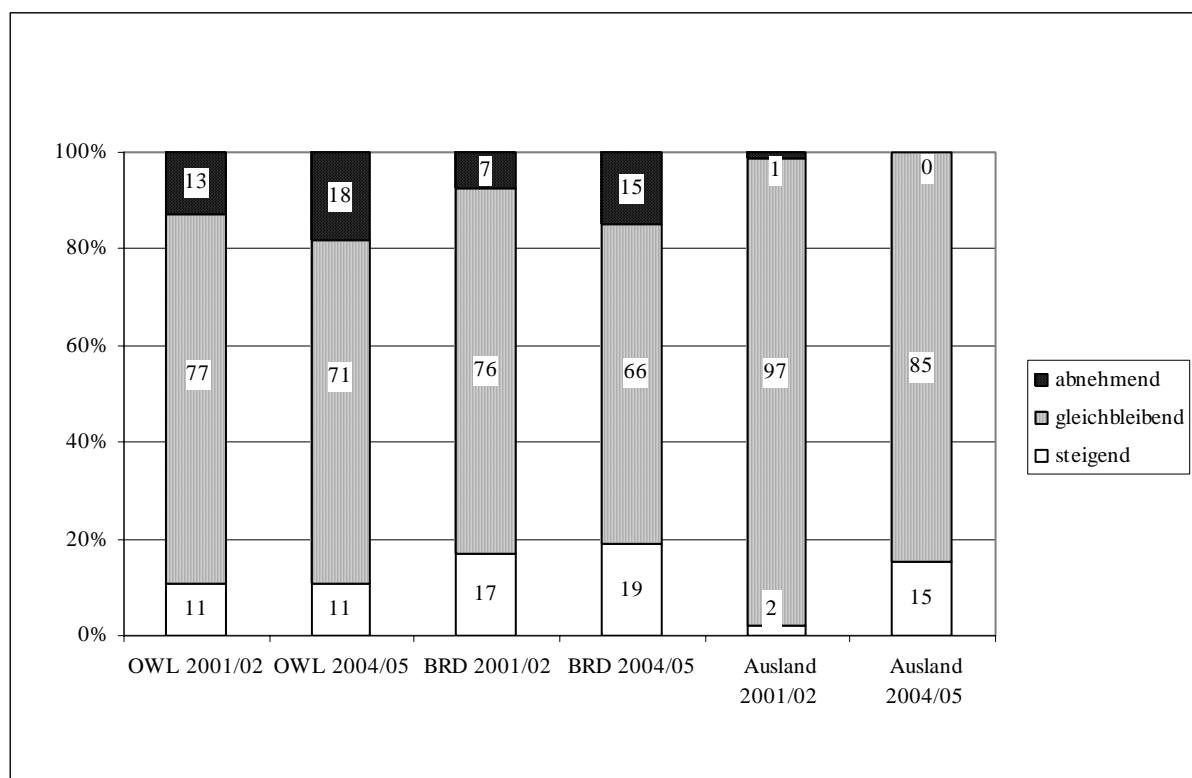
Bei der Beschaffung von Dienstleistungen durch Krankenhäuser verhält es sich nach Meinung der Experten ähnlich wie bei den Pflege- und Reha-Einrichtungen: Sie werden zum überwiegenden Teil innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe nachgefragt, weil das Preis-Leistungs-Verhältnis der ostwestfälisch-lippischen Dienstleister besser oder ähnlich dem der regionsexternen Anbieter ist. Bei den Dienstleistern, die deutschland- oder sogar europaweit in Anspruch genommen werden, handelt es sich beispielsweise um Logistikdienstleister, die komplette Logistiksysteme anbieten.

In Abbildung 20 wird dargestellt, wie sich der Einkauf von Gebrauchsgütern nach Ansicht der Einrichtungen in den letzten zwei Jahren (2001/02) geändert hat und sich in den nächsten zwei Jahren (2004/05) noch ändern wird. Bei der Interpretation der Abbildung ist zu berücksichtigen, dass sich die Prozentzahlen auf die Anteile der Einrichtungen beziehen, die entsprechende Antworten gegeben haben, nicht aber auf die Anteile der Gebrauchsgüter. Dies ist auch bei den Abbildungen 21 und 22 zu beachten.

Die Vertreter der Einrichtungen erwarten, dass sich der Einkauf von Gebrauchsgütern in Ostwestfalen-Lippe im Zeitraum von 2001 bis 2005 kaum verändert. Allerdings hat

sich der Anteil der Einrichtungen, die einen Rückgang des Einkaufs von Gebrauchsgütern in Ostwestfalen-Lippe in den nächsten zwei Jahren (verglichen mit den letzten zwei Jahren) erwarten, etwas erhöht. Es wird davon ausgegangen, dass auch der Einkauf in den übrigen Regionen Deutschlands abnimmt, wenn man die vergangenen und folgenden zwei Jahre miteinander vergleicht. Voraussichtlich werden in den nächsten zwei Jahren mehr Gebrauchsgüter im Ausland eingekauft. Auf den ersten Blick scheint dies zu Lasten der Region Ostwestfalen-Lippe und der übrigen Regionen Deutschlands zu gehen. Betrachtet man aber noch einmal die Anteile in Abbildung 19, so wird ersichtlich, dass der Einkauf von Gebrauchsgütern im Ausland im Jahr 2003 nur 1 Prozent ausmacht. Eine Zunahme der Einkäufe im Ausland hat daher auf Deutschland und insbesondere Ostwestfalen-Lippe kaum Auswirkungen.

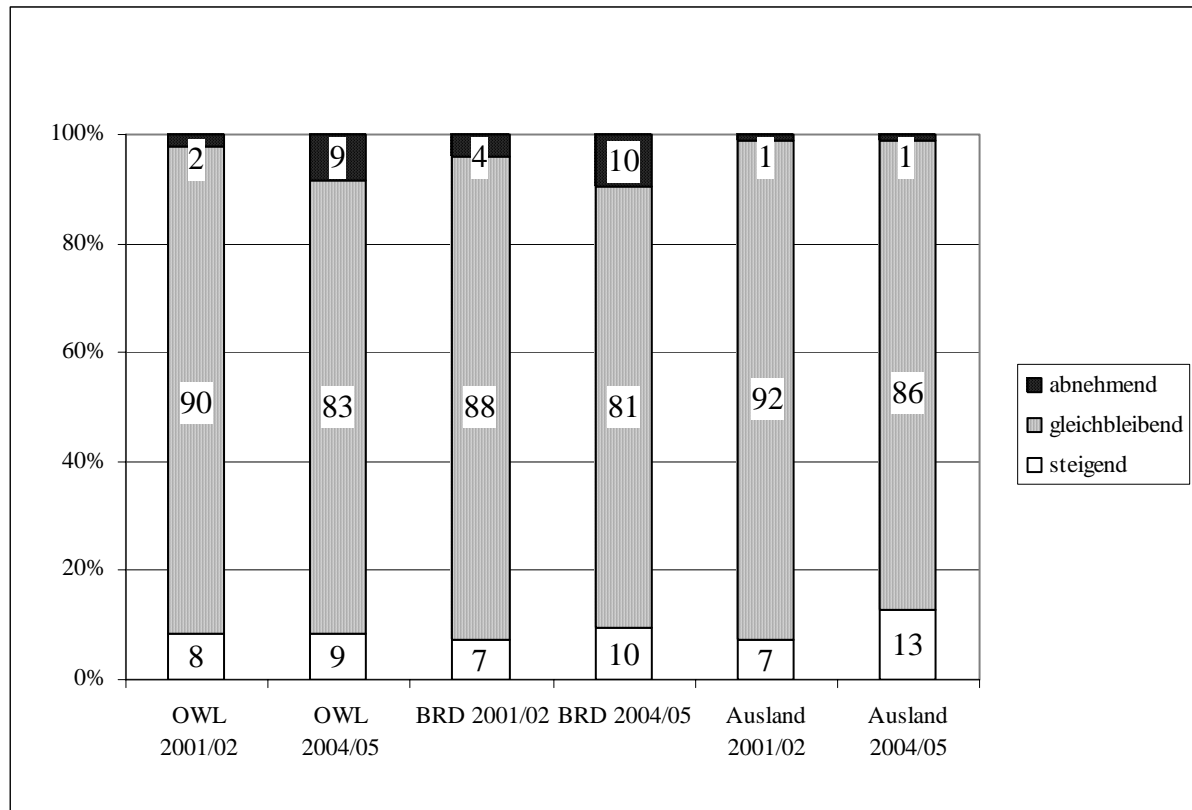
Abb. 20 Entwicklung des Einkaufs von Gebrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 93 und 95

Mit dem Einkauf von Verbrauchsgütern verhält es sich ähnlich. Die Einrichtungen gehen eher von einem Rückgang des Einkaufs in Ostwestfalen-Lippe und Deutschland und einer Zunahme des Einkaufs im Ausland aus. Da der Einkauf im Ausland aber auch hier nur 1 Prozent ausmacht, ist diese Zunahme unerheblich.

Abb. 21 Entwicklung des Einkaufs von Verbrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05)

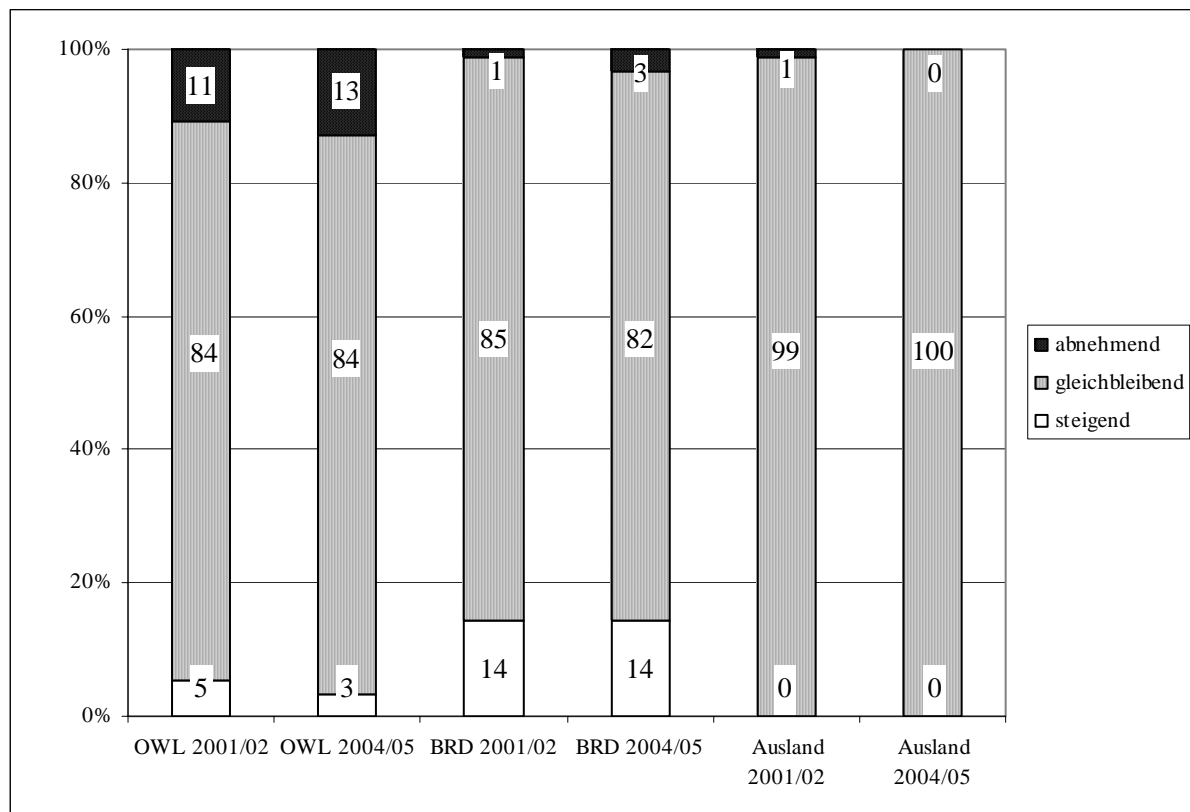


Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 93 und 95

Nach Aussagen der Experten tendieren einige Gesundheitseinrichtungen möglicherweise in den nächsten Jahren mehr dazu, im Ausland einzukaufen, weil ausländische Anbieter ihre Güter aufgrund von EU-Fördermaßnahmen günstiger anbieten können als deutsche Anbieter. Auch bei Re-Importen können Preisvorteile realisiert werden. Ein weiterer Grund könnte darin liegen, dass der Markt aufgrund der zunehmenden Nutzung von E-Commerce transparenter wird.

Bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen erwarten die Gesundheitseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe ebenfalls eher eine Abnahme. In den übrigen Regionen Deutschlands und dem Ausland bleiben die Anteile ungefähr gleich, wenn man die letzten und nächsten zwei Jahre miteinander vergleicht. Da die Dienstleistungen zu 74 Prozent in Ostwestfalen-Lippe eingekauft werden, ist diese Veränderung unerheblich.

Abb. 22 Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 90 und 93

In Tabelle 13 werden einige Gründe genannt, die beim Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe von Bedeutung sind. Alle genannten Gründe erreichten Werte unter dem mittleren Wert von 3,5 und sind daher wichtig für den Einkauf in Ostwestfalen-Lippe. Eine besonders große Bedeutung hat die verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Anbietern, erst an zweiter Stelle steht die Preisgünstigkeit von Gütern und Dienstleistungen.

Tab. 13 Gründe für den Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen in OWL

Gründe für den Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen in der Region OWL (Bedeutung in den letzten 2 Jahren)	Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig)
Verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Anbietern	1,5
Preisgünstige Güter und Dienstleistungen	1,9
Schnelligkeit der Lieferung von Gütern und Dienstleistungen	2,0
Durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit den Anbietern	2,1
Innovative, qualitativ hochwertige Güter und Dienstleistungen	2,8

Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=94

Horizontale Beschaffungs Kooperationen und -netzwerke zwischen Gesundheitseinrichtungen

Horizontale Kooperationen und Netzwerke der Gesundheitseinrichtungen in Form von Einkaufsverbünden können nach Auffassung der Experten dazu beitragen, gemeinsam einen Wettbewerbsvorsprung zu erreichen. Einkaufsverbünde tragen zur Steigerung der statischen Effizienz bei, da durch sie Kostenvorteile erzielt werden können (interne Ersparnisse). Der Informations- und Wissenstransfer der Gesundheitseinrichtungen im Verbund über Zulieferer und über angebotene Güter und Dienstleistungen (gemeinsame Marktbeobachtung) bewirkt, dass die Marktkennntnis der Einrichtungen zunimmt. Darüber hinaus kann aufgrund der gemeinsamen Qualitätsbeurteilung der standardisierten Güter der Innovationsprozess in den Einrichtungen beschleunigt werden. Aufgrund der größeren Einkaufsmacht, die mit Einkaufskooperationen und -netzwerken verbunden ist, können günstigere Preise und eine bessere Qualität der Güter und Dienstleistungen durchgesetzt werden, als es einzelnen Gesundheitseinrichtungen möglich wäre.

Gegenwärtig sind allerdings nach Aussagen der Experten überwiegend die größeren Gesundheitseinrichtungen, vor allem Krankenhäuser, in Einkaufsverbünden organisiert. Sie haben aufgrund ihrer Größe eine stärker strategisch orientierte Geschäftsführung und eher Möglichkeiten, Kooperationen bzw. Netzwerke zu bilden oder zu fusionieren. Als Beispiel für ein horizontales, überregionales Netzwerk, das unter anderem

einer gemeinsamen Beschaffung dienen soll, kann der Klinikverbund Valeo (Verbund Evangelischer Krankenhäuser in Westfalen gGmbH) mit Sitz der Geschäftsführung in Bielefeld genannt werden. Valeo wurde im Jahr 2003 von zehn Kliniken in evangelischer Trägerschaft gegründet. Der Verbund hat sich zum Ziel gesetzt, ein gemeinsames Beschaffungsmanagement aufzubauen. Dies beinhaltet die Aufgaben Beschaffungsmarktforschung, Verbrauchs- und Bedarfsanalysen, Produktbeurteilung, Vertragsgestaltung, Bestellung und Beschaffungscontrolling (Experteninterview im Januar 2004).

Kleine und mittelgroße Einrichtungen haben durch Kooperationen und Netzwerke die Möglichkeit, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen, die sonst nur großen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Allerdings ist ihre Bereitschaft, Einkaufsverbünden beizutreten oder sie zu gründen, häufig dadurch begrenzt, dass sie den organisatorischen Aufwand und die damit verbundenen Kosten höher einschätzen als den damit verbundenen Nutzen.

Organisatorischer Aufwand entsteht laut Experten beispielsweise dadurch, dass sich die Einkaufsleiter der verschiedenen Einrichtungen im Verbund auf ein bestimmtes Sortiment einigen müssen. Es ist also eine Standardisierung der zu beschaffenden Produkte notwendig. Dadurch sind die einzelnen Einrichtungen nicht mehr unabhängig bei ihrer Bestellung; die wirtschaftliche Autonomie geht teilweise verloren. Diesen Nachteil sehen auch die Krankenhäuser, bei denen selbst innerhalb der eigenen Organisation der Einigungsprozess zwischen dem Einkaufsleiter und den Ärzten hinsichtlich des zu beschaffenden Sortiments häufig mit Schwierigkeiten verbunden ist. Die Einkaufsleiter müssen daher im Verbund nicht nur mit den Ärzten der eigenen Einrichtung eine Einigung erzielen, sondern darüber hinaus auch mit den übrigen Einkaufsleitern. Zu diesem Zweck ist es notwendig, gemeinsame Qualitätsstandards zu erarbeiten.

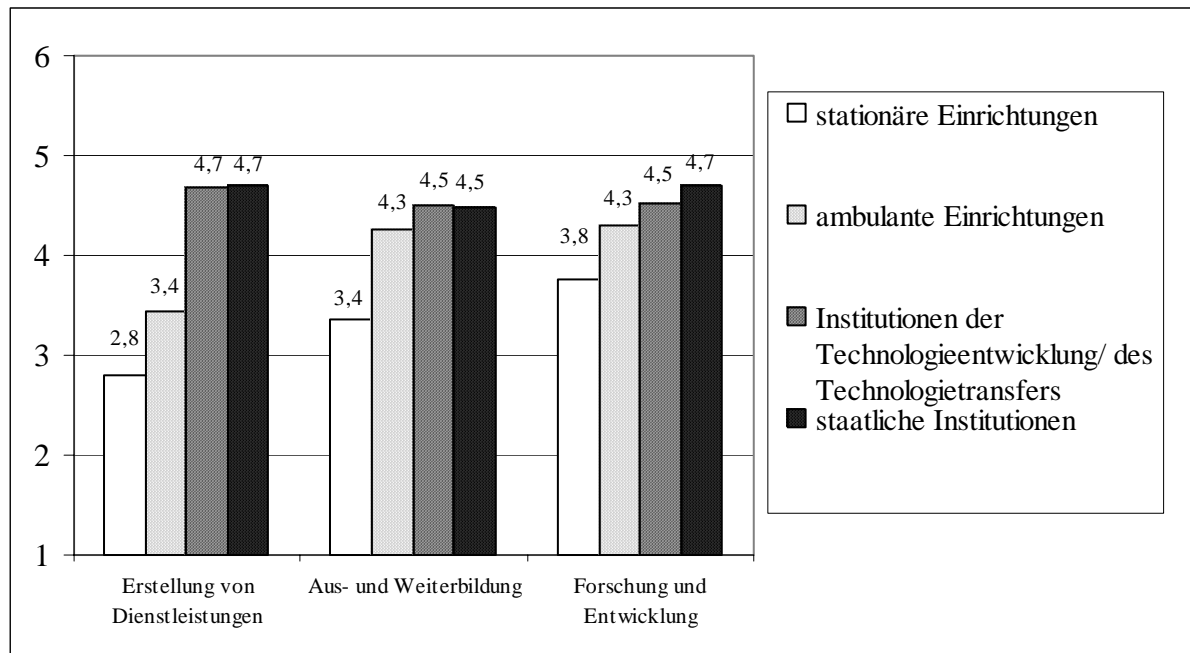
Kleineren Einrichtungen fehlen nach Meinung der Experten häufig Erfahrungswerte, um die genannten möglichen Vor- und Nachteile in ihrer Tragweite einschätzen zu können. Da sie wegen ihrer finanziellen Ausstattung nur begrenzt dazu fähig sind, Risiken einzugehen, bleiben Kooperationsmöglichkeiten häufig ungenutzt.

5.3.4 Kooperationen und Netzwerke in einzelnen Funktionsbereichen

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie intensiv die Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen in den drei Funktionsbereichen Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe sind. Gefragt wurde nach Kooperationen mit anderen stationären Einrichtungen, mit ambulanten Einrichtungen, mit Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie mit staatlichen Institutionen. Darüber hinaus wird auf die Entwicklungen dieser Kooperationen in den letzten und nächsten zwei Jahren eingegangen.

In Abbildung 23 wird die Intensität der Kooperationen in den drei Funktionsbereichen auf einer Skala von 1 (sehr intensiv) bis 6 (nicht vorhanden) dargestellt. Bei der Erstellung von Dienstleistungen arbeiten die befragten Gesundheitseinrichtungen vor allem mit anderen stationären Einrichtungen zusammen. Hier liegt der durchschnittliche Wert (in der linken weißen Säule) bei 2,8. Dieser Wert gibt an, dass die Kooperationen überdurchschnittlich intensiv sind. Die Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen sind bei der Erstellung von Dienstleistungen eher durchschnittlich und mit Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie mit staatlichen Institutionen eher schwach ausgeprägt. Bei der Aus- und Weiterbildung und der Forschung und Entwicklung sind die Kooperationen mit stationären Einrichtungen durchschnittlich vorhanden. Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen und Institutionen/Organisationen sind nur schwach vorhanden.

Abb. 23 Intensität der Kooperationen in OWL (arithmetische Mittel)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 77 und 83

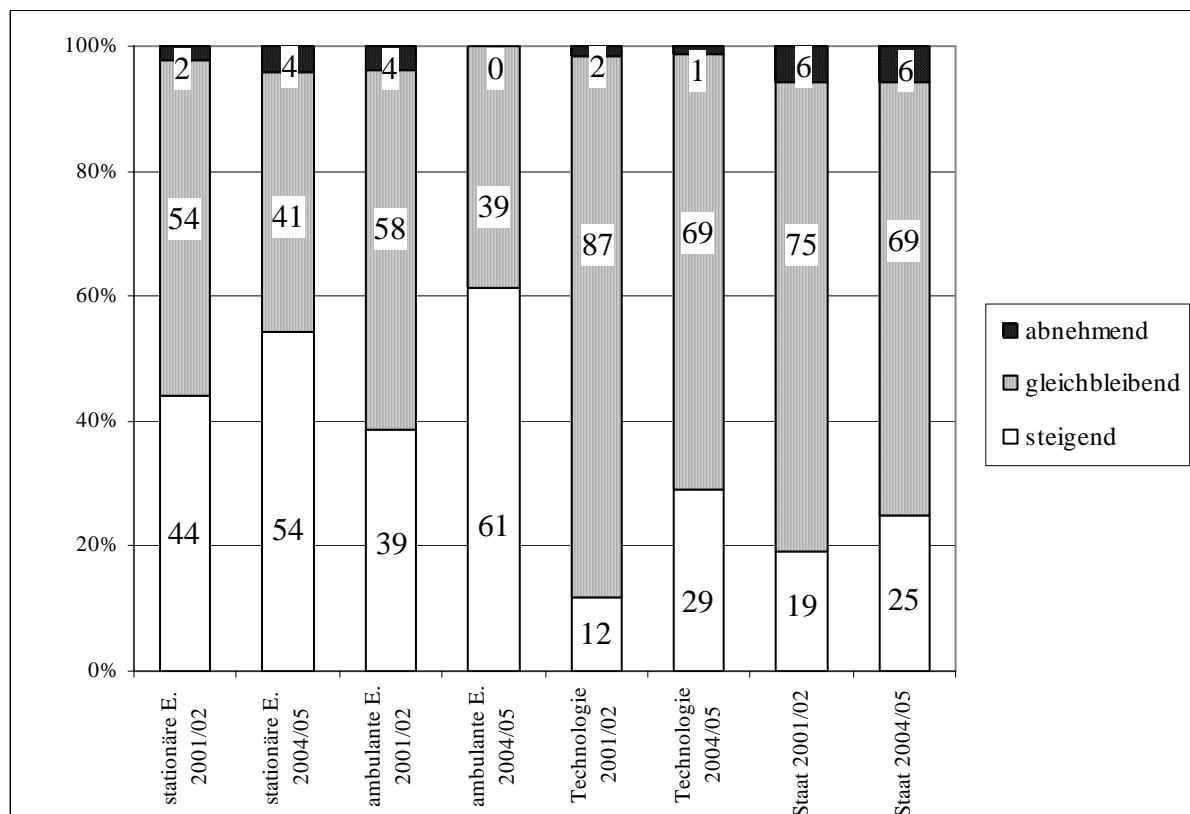
Anhand der Experteninterviews wurde untersucht, wie sich die unterschiedlichen Kooperationsintensitäten in den einzelnen Funktionsbereichen Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung und Forschung und Entwicklung begründen lassen. Hierbei zeigte sich, dass die möglichen Vor- und Nachteile von Kooperationen für die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen eine sehr unterschiedliche Bedeutung haben. Im Folgenden wird daher auf die Kooperationen der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in den Funktionsbereichen näher eingegangen.

Bei der Untersuchung der Kooperationen kann weiterhin zwischen horizontalen und vertikalen Kooperationen unterschieden werden. Der Nutzen von horizontalen und vertikalen Kooperationen wird von allen Gesundheitseinrichtungen vor allem darin gesehen, durch geeignete Organisationsstrukturen dem steigenden Wettbewerbsdruck in der Gesundheitswirtschaft standhalten zu können bzw. einen Wettbewerbsvorsprung zu erreichen.

5.3.4.1 Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen

Im Folgenden wurden die Gesundheitseinrichtungen dazu befragt, wie sich die Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen in den letzten zwei Jahren geändert haben und wie sie sich in den nächsten beiden Jahren voraussichtlich noch ändern werden (siehe Abbildung 24). Bei der Erstellung von Dienstleistungen werden die Kooperationen mit allen Einrichtungen und Institutionen in den nächsten zwei Jahren in Ostwestfalen-Lippe eher zunehmen. Beispielsweise gaben 39 Prozent der befragten Einrichtungen an, dass ihre Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen in den Jahren 2001 und 2002 zugenommen haben. Für die nächsten beiden Jahre 2004 und 2005 planen bereits 61 Prozent der Einrichtungen, ihre Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen zu intensivieren. Auch die Kooperationen der stationären Einrichtungen untereinander bei der Erstellung von Dienstleistungen werden in den nächsten zwei Jahren zunehmen.

Abb. 24 Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Erstellung von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 68 und 82

Bei den Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen kann es sich um horizontale oder vertikale Kooperationen handeln. Sie wurden anhand der Experteninterviews näher untersucht und werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

Horizontale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen

In den letzten Jahren kam es nach Aussage der Experten bei Krankenhäusern, aber auch bei Reha-Einrichtungen, immer häufiger zu Fusionen. Da Fusionen unternehmensinterne Kooperationen darstellen, sollen auch sie in den weiteren Ausführungen berücksichtigt werden. Große Klinikgruppen, die fusioniert haben, können laut Experten Wirtschaftlichkeitspotenziale zum Teil unternehmensintern erschließen, vorausgesetzt, dass ein gut funktionierender Abstimmungsmechanismus zwischen den einzelnen Kliniken existiert.

Auch kleinere Einrichtungen sind nach Aussage der befragten Experten nur durch Kooperationen dazu in der Lage, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. Für sie stellen große Klinikgruppen nach eigenen Aussagen eine starke Konkurrenz dar. Der Druck zu kooperieren nimmt daher vor allem für kleinere stationäre Gesundheitseinrichtungen zu. Nach eigenen Aussagen der Kliniken tragen Kooperationen zur Existenz- bzw. Standortsicherung bei.

Bei der schriftlichen Befragung stellte sich allerdings heraus, dass einzelne Einrichtungen nach eigenen Aussagen seltener Kooperationen eingehen als Einrichtungen, die bereits einem Verbund angehören. Dies lässt sich folgendermaßen begründen: Die finanziellen Vorteile, die mit Kooperationen einhergehen (z. B. aufgrund von Prozessvergleichen), lassen sich nur schwer messen, daher stehen kleinere Gesundheitseinrichtungen Kooperationen oft skeptisch gegenüber. Sie haben nur begrenzte finanzielle Möglichkeiten, die möglichen Risiken von Kooperationen zu tragen. Einrichtungen, die bereits einem Verbund angehören, können den Vorteil von Kooperationen in bestimmten Bereichen unmittelbar einschätzen. Für sie ist es auch deshalb einfacher, neue Kooperationen einzugehen, weil sie nicht selbst den damit verbundenen Organisationsaufwand tragen müssen, sondern dies der Geschäftsführung des Verbundes überlassen können. Entscheidungen über das Eingehen neuer Kooperationen werden daher im Verbund schneller und häufiger getroffen als von einzelnen Einrichtungen.

Ob durch Kooperationen mit unabhängigen Geschäftsführungen oder durch Fusionen größere Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden können, hängt nach Aussage

der Experten vom Einzelfall ab. Kooperationen können eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit bewirken, weil sie es den Gesundheitseinrichtungen ermöglichen, sich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, Marktnischen zu besetzen und Randaktivitäten auszulagern.

Horizontale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen in Krankenhäusern

Der organisatorische und finanzielle Aufwand für horizontale Kooperationen zwischen Krankenhäusern zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen hängt insbesondere von deren räumlichen Entfernung ab. Wenn die räumliche Entfernung der Krankenhäuser voneinander so groß ist, dass sich die Patienteneinzugsgebiete nicht überschneiden, können die Krankenhäuser ähnliche Kernkompetenzen (z. B. Fachabteilungen) aufweisen, ohne miteinander in Konkurrenz zu stehen. In diesem Fall erfolgt in der Regel keine umfangreiche Anpassung der Organisationen. Allerdings ist eine gemeinsame Behandlung von Patienten aufgrund der räumlichen Entfernung dann nur eingeschränkt möglich.

Ist die räumliche Distanz so gering, dass sich die Patienteneinzugsgebiete überschneiden, können Kooperationen nur dann dauerhaft vorteilhaft sein, wenn sich die Kernkompetenzen der Kooperationspartner ergänzen (komplementäre Kernkompetenzen) und sich nicht zu ähnlich sind. Dies ist umso eher möglich, je spezialisierter die Einrichtungen sind. Bei einer so abgestimmten strategischen Ausrichtung können Wirtschaftlichkeitspotenziale durch Arbeitsteilung, Spezialisierung, gezielte Investitionen und höhere Flexibilität realisiert werden. Durch gemeinsame Investitionen, z. B. in die Computertomografie, können Kosten gespart werden. Die Zusammenlegung einzelner Bereiche wie z. B. der Verwaltungen, der Labore oder auch der Küchen führt zu Größenvorteilen. Die Ressourcen der Einrichtungen können effizient eingesetzt werden. Dies ermöglicht den Kooperationspartnern eine Erweiterung ihres Dienstleistungsangebots, wodurch die Versorgung der Patienten verbessert wird.

Allerdings ist eine solche strategische Abstimmung nach Aussage der Experten auch mit Schwierigkeiten verbunden, da sie eine weitreichende Anpassung der Unternehmensorganisationen erfordert. Beispielsweise sind im Rahmen von Fusionen häufig Zusammenlegungen von Fachabteilungen notwendig, die Entlassungen von Mitarbeitern mit sich bringen können. Durch mögliche Entlassungen, die Abgabe von Entscheidungsbefugnissen oder auch eine mangelnde Einbeziehung der Mitarbeiter beim

Entscheidungsfindungsprozess kann die Motivation der Beteiligten sinken. Nach Aussage der Experten können Kooperationen in der Anfangsphase auch den Nachteil mit sich bringen, dass Entscheidungsprozesse mehr Zeit in Anspruch nehmen. Die Kompetenzen der Entscheidungsträger sollten daher nach Ansicht der Experten im Vorfeld eindeutig zugewiesen werden. Darüber hinaus ist der Zeitaufwand der Entscheidungsfindung auch von der Kooperationsform und der vertraglichen Regelung der Kooperation abhängig. Die organisatorische Anpassung kann mit kostenintensiven Investitionen verbunden sein. Diese Problematik der organisatorischen Anpassung wird durch die Ergebnisse der schriftlichen Befragung bestätigt. Tabelle 14 zeigt, dass organisatorische Gründe unter den Gründen, die Kooperationen einschränkten oder verhinderten, an zweiter Stelle genannt wurden.

Als Beispiel für eine horizontale Kooperation zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen ist der größte Klinikverbund Ostwestfalen-Lippes „Evangelisches Krankenhaus Bielefeld“ zu nennen, bei dem im Jahr 2004 drei Krankenhäuser in Bielefeld mit rund 1700 Betten und 4100 Beschäftigten fusioniert haben: Gilead und Mara, die beide den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel angehören, sowie das Evangelische Johanneskrankenhaus, das dem Johanneswerk angehört. Bei den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und dem Johanneswerk handelt es sich um die größten Diakonieträger Europas. Die Verhandlungen über die Fusion nahmen ca. anderthalb Jahre Zeit in Anspruch. Im Rahmen der organisatorischen Anpassungen wird es notwendig sein, doppelt bzw. dreifach vorhandene Fachabteilungen zu schließen. Die Einrichtungen erhoffen sich durch die Zusammenarbeit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten, ihrer wirtschaftlichen Situation sowie ihrer Verhandlungsmacht gegenüber den Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgern (MGSFF NRW 2005: 97; Neue Westfälische, 16.01.2004 und 18.06.2004).

Das Beispiel bestätigt die Annahme, dass bei einer geringen räumlichen Distanz und einer Überschneidung der Patienteneinzugsgebiete der Krankenhäuser eine weitreichende Anpassung der Unternehmensorganisationen erforderlich ist, um zum einen den Wettbewerb untereinander zu verhindern und zum anderen Wirtschaftlichkeitspotenziale zu realisieren. Wirtschaftlichkeitspotenziale können erschlossen werden, wenn es den beteiligten Krankenhäusern gelingt, sich in Fachgebieten zu spezialisieren, die sich gegenseitig ergänzen (komplementäre Kernkompetenzen).

Horizontale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen in Reha-Einrichtungen

Bei Reha-Einrichtungen stellt sich die Situation nach Aussage der Experten anders dar als bei Krankenhäusern, da sie hinsichtlich ihres Einzugsgebietes weiträumiger orientiert sind. Ihre Patienten kommen überwiegend aus ganz Nordrhein-Westfalen. Daher stellt sich bei ihnen nicht die Frage, ob sich die Einzugsgebiete überschneiden, sondern wie erschlossen der Nachfragemarkt ist. Für Reha-Einrichtungen sind horizontale Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen vorteilhaft, wenn sie dieselbe Zielgruppe ansprechen. Ihre Gesundheitsdienstleistungen sind zumeist auf die Zielgruppe genau abgestimmt, sodass eine gemeinsame Erstellung von Dienstleistungen bzw. eine gemeinsame Inanspruchnahme ihrer Leistungen nur dann erfolgen kann, wenn die Zielgruppen übereinstimmen. Die gemeinsame Erstellung von Dienstleistungen setzt voraus, dass die räumliche Distanz der Reha-Einrichtungen nicht zu groß ist. Nach Angabe der Experten sollte sie nicht mehr als 20 bis 30 km betragen. Die Kooperation von räumlich naheliegenden Reha-Einrichtungen kann dauerhaft funktionieren, wenn sie gemeinsam einen größeren Markt erschließen können, als es ihnen allein möglich wäre.

Unter diesen Voraussetzungen sind Kooperationen der Reha-Einrichtungen ebenso wie die der Krankenhäuser vorteilhaft, wenn die gemeinsame Nutzung von Ressourcen zu einer besseren Auslastung der Kapazitäten führt und damit die Effizienz der Leistungserstellung gesteigert werden kann. Den Reha-Einrichtungen bietet sich durch Kooperationen nach eigenen Aussagen die Möglichkeit, sich flexibler auf Nachfrageänderungen einzustellen. Dies führt dazu, dass zum einen die Kundenbindung verstärkt wird und zum anderen neue Kunden hinzugewonnen werden.

Reha-Einrichtungen sind wettbewerbsfähiger, wenn sie gemeinsam mit anderen räumlich naheliegenden Reha-Einrichtungen attraktive komplementäre Dienstleistungen anbieten. Gemeinsam kann ein größerer Marktanteil erschlossen werden. Auf diese Weise werden externe Ersparnisse realisiert (O'Sullivan 1996: 30-32).

Nach Meinung der Experten sind in der Region Ostwestfalen-Lippe Kooperationen unter Reha-Einrichtungen aber auch dann möglich, wenn sich die Dienstleistungen nicht oder kaum unterscheiden. Es kann sich dabei um Kooperationen handeln, die nicht der gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen dienen, also z. B. Einkaufs-, Marketing- sowie Aus- und Weiterbildungskooperationen. Kooperationen werden

allerdings für die einzelnen Einrichtungen umso attraktiver, je mehr sich die Leistungen gegenseitig ergänzen, d. h. je spezieller sie sind, weil dann kein unmittelbarer Wettbewerb um Patienten besteht. Als Fallbeispiel für horizontale Kooperationen von Reha-Einrichtungen wird in Abschnitt 6.4.3 die Kooperation der „Bauernbäder am Teutoburger Wald“ vorgestellt.

Horizontale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen in Pflegeeinrichtungen

Bei stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sind Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe nur schwach ausgeprägt. Pflegeeinrichtungen bieten verglichen mit anderen Gesundheitseinrichtungen eher homogene Leistungen an, daher können sie sich hinsichtlich ihres Leistungsangebotes nicht gegenseitig ergänzen. Vorteile bringen Kooperationen nur insofern mit sich, als die Mitarbeiter in den anderen Einrichtungen eingesetzt werden können, wenn die Kapazitäten unterschiedlich stark ausgelastet sind. Generell wird horizontalen Kooperationen nur eine geringe Bedeutung beigemessen. Bei Wohlfahrtsverbänden, die Pflegeleistungen anbieten, herrscht das „Denken aus einer Hand vor“, das heißt sie möchten ein möglichst breites Leistungsspektrum anbieten. Von Kooperationen und Spezialisierungen wird anders als bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen häufig angenommen, dass sie einen Profilverlust mit sich bringen.

Horizontale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen unter niedergelassenen Ärzten

Horizontale Kooperationen zwischen Arztpraxen sind in der Region Ostwestfalen-Lippe kaum vorhanden. Als Beispiele für zwei gut funktionierende Netzwerke können das Bündler Ärztenetz „Medizin und Mehr“ (siehe Abschnitt 6.4.1) und der Bielefelder Verband von Ärzten und Psychologen „medi owl“ genannt werden. Ärztenetzwerke sind für ihre Mitglieder vorteilhaft, da sie zum einen zu einer besseren Auslastung der Wirtschaftlichkeitspotenziale führen und zum anderen eine größere Verhandlungsmacht gegenüber den Kostenträgern mit sich bringen. Interessen bezüglich der Verteilung finanzieller Mittel können im Verbund besser vertreten werden. In der Region Ostwestfalen-Lippe gibt es allerdings zwischen niedergelassenen Ärzten häufig sogenannte „weiche Kooperationen“, das heißt unverbindliche Zusammenkünfte, die dem Informationsaustausch und der gegenseitigen Beratung dienen.

Vertikale Kooperationen zur Erstellung von Dienstleistungen

Vertikale Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen tragen nach Aussage der Experten ebenso wie horizontale Kooperationen zur besseren Nutzung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen bei. Im Gegensatz zu horizontalen Kooperationen werden sie aber nicht nur eingegangen, um dem steigenden Wettbewerbsdruck in der Gesundheitswirtschaft standhalten zu können, sondern auch aufgrund der Kooperationsanreize, die die gesetzlichen Vorgaben bieten. Die Gesundheitseinrichtungen werden durch die Anforderungen des Gesetzgebers an eine integrierte Versorgung seit dem 1. Januar 2000 vor die Herausforderung gestellt, Lösungsansätze für sinnvolle Vernetzungen ihrer Leistungen zu entwickeln.

Nach Aussage der Experten ermöglichen vertikale Kooperationen eine schnellere Abwicklung an den Schnittstellen innerhalb eines Behandlungspfades. Die Zeitdauer der Prozessabwicklung gewinnt immer mehr an Bedeutung, da die Gesundheitseinrichtungen zunehmend Kosten einsparen müssen. In Krankenhäusern macht sich dies vor allem durch kürzer werdende Verweildauern, die gleichzeitig zunehmende Zahl der Patienten pro Jahr sowie den erheblichen Bettenabbau bemerkbar. Zurzeit gibt es einen großen Umbruch dahingehend, dass Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in einer Organisation vereint werden. Der Bettenabbau in der Akutversorgung wird damit verbunden, dass die Anschlussheilbehandlung²⁹ in den frei gewordenen Betten durchgeführt wird. So brauchen die Krankenhäuser real keine Betten abzubauen, da sie in Rehabilitationsbetten umdefiniert werden. Damit kommt es zu einer Verschiebung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen.

Auch zwischen rechtlich unabhängigen stationären Einrichtungen wird die Verzahnung im Rahmen der integrierten Versorgung nach Ansicht der befragten Experten zunehmen. In Ostwestfalen-Lippe wurde der erste Vertrag zur integrierten Versorgung im Juli 2004 zwischen dem St. Vincenz Hospital in Brakel (Akutkrankenhaus), der Marcus-Klinik und Caspar Heinrich Klinik in Bad Driburg, der Teutoburger-Wald-Klinik in Bad Lippspringe (Rehabilitationskliniken) sowie der BARMER Ersatzkasse abgeschlossen. Die beteiligten Gesundheitseinrichtungen betrachten die integrierte Versorgung als eine Möglichkeit, sich im Wettbewerbsumfeld besser zu positionieren. Für die Leistungen, die im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden, steht ein gemeinsames Budget zur Verfügung. Es handelt sich bei den Leistungen aus-

²⁹ Bei der Anschlussheilbehandlung (AHB) werden die Patienten innerhalb kurzer Zeit (max. 14 Kalendertage) nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik verlegt (§ 40, Abs. 6 SGB V).

schließlich um solche in der Knie- und Hüftendoprothetik des Fachbereichs Orthopädie. Sie werden für Patienten erbracht, die bei der BARMER Ersatzkasse versichert sind.

Erste Gespräche mit der BARMER Ersatzkasse zur Vertragsanbahnung wurden bereits Ende 2003 geführt. Zwischen den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen bestanden bereits im Vorfeld Kooperationen. Dies bestätigt die Aussage der Experten, dass Verträge zur integrierten Versorgung umso eher abgeschlossen werden, je besser sich die Geschäftsführer der Einrichtungen bereits persönlich kennen und dementsprechend bereits im Vorfeld eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte. Das gegenseitige Vertrauen bezieht sich unter anderem darauf, ob sich die Kooperationspartner auf die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards verlassen können. Dies ist insofern wichtig, als im Vertrag zur integrierten Versorgung die gemeinsame Vergütung und sämtliche Leistungen festgelegt werden, die von den Patienten in Anspruch genommen werden können (§ 140 c SGB V). Im Vertrag zur integrierten Versorgung kann beispielsweise eine wesentlich längere Garantie für Hüft- und Kniegelenksprothesen festgelegt werden, als es üblicherweise der Fall ist (Expertengespräch vom November 2004).

Den Patienten ist es gesetzlich freigestellt, ob sie an der integrierten Versorgungsform teilnehmen und somit den Empfehlungen der Einrichtungen nachkommen (§ 140 a SGB V). Würde eine der beteiligten Einrichtungen den Qualitätsstandards nicht gerecht werden, so würden die Patienten vermutlich nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen. Die kooperierenden Gesundheitseinrichtungen sind daher durch einen solchen Vertragsabschluss zumindest zum Teil wirtschaftlich voneinander abhängig, was eine bestimmte Vertrauensbasis voraussetzt. Die gemeinsame Verhandlung der Gesundheitseinrichtungen mit den Kostenträgern setzt ebenfalls Vertrauen voraus.

Es stellt sich die Frage, welchen wirtschaftlichen Nutzen die Gesundheitseinrichtungen durch das Angebot integrierter Leistungen haben. Eine bessere Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitspotenziale der Gesundheitseinrichtungen wird dadurch möglich, dass die Leistungen am Patienten effizient unter den beteiligten Einrichtungen aufgeteilt werden. Beispielsweise ist die Behandlung von Patienten, die eine Anschlussheilbehandlung benötigen, für Krankenhäuser kostenintensiver als für Reha-Einrichtungen. Diese Patienten können im Rahmen der integrierten Versorgung schneller in die Reha-Einrichtungen weitergeleitet werden, z. B. schon nach acht Ta-

gen statt wie bisher erst nach zehn bis vierzehn Tagen. Dadurch werden in den Krankenhäusern früher Betten frei; es kommt zu Verweildauerverkürzungen.

Für die Krankenhäuser ist zudem ein weiterer Wirtschaftlichkeitsfaktor wichtig: Entsprechend dem GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vom 1. Januar 2004 müssen Krankenhäuser finanzielle Nachteile in Kauf nehmen, wenn sie an der integrierten Versorgung nicht teilnehmen, dies aber andere Einrichtungen in ihrer Versorgungsregion tun. Der Kostenträger kann bis zu 1 Prozent ihrer Gesamtvergütung für die voll- und teilstationäre Versorgung einbehalten (DKG 2004 a: 9-14).

Auch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ermöglichen beiden Seiten laut Experten eine bessere Nutzung ihrer Wirtschaftlichkeitspotenziale. Krankenhäuser können indirekt eine ambulante Versorgung anbieten, indem sie Ärzte dazu animieren, sich auf dem Krankenhausgelände niederzulassen. Ihr Leistungsspektrum wird auf diese Weise breiter, da die ambulanten Einrichtungen zusätzliches Spezialwissen zur Verfügung stellen. Dies kann positiv zur Imagebildung der Krankenhäuser beitragen. Darüber hinaus ermöglichen solche Kooperationen den Krankenhäusern, eher bestimmte Kriterien zu erfüllen, die erforderlich sind, um sich zu spezialisieren. Den niedergelassenen Ärzten bieten sie den Vorteil, dass sie zur Beratung Spezialisten aus den Krankenhäusern hinzuziehen können. Nach Aussage der Experten werden die Chefarzte der Krankenhäuser auch in den Praxen tätig. Dazu werden sie von den Krankenhäusern freigestellt. Die niedergelassenen Ärzte haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Einrichtungen der Krankenhäuser zu nutzen und somit ihre Investitionskosten zu senken. Aufgrund der gegenseitigen Weiterempfehlungen gewinnen die Kooperationspartner einen größeren Patientenkreis und werden wettbewerbsfähiger.

Für alle im Behandlungsablauf nachgelagerten Gesundheitseinrichtungen, wie Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder ambulante Einrichtungen, bietet sich durch vertikale Kooperationen der Vorteil, dass sie aufgrund der Weiterempfehlungen mit einem regelmäßigen Patientenzustrom rechnen können. Sie haben dadurch Wettbewerbsvorteile gegenüber nicht beteiligten Einrichtungen. Ihnen bietet sich die Möglichkeit, ihre strategische Ausrichtung langfristiger zu planen.

Horizontale und vertikale Kooperationen und Netzwerke zur Erstellung von Dienstleistungen

Eine neue Kooperationsform, bei der sowohl auf horizontaler als auch auf vertikaler Ebene gemeinsam Dienstleistungen erbracht werden können, stellen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V dar. Sie sind seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungs-Gesetzes am 01.01.2004 zugelassen (siehe Abschnitt 3.4.2). In Ostwestfalen-Lippe richtete die Klinikum Lippe GmbH nach Expertenaussagen das erste Medizinische Versorgungszentrum am Standort Bad Salzuflen ein. Dies wird von den beteiligten Akteuren als ein zukunftsweisendes Konzept zur Konzentration und Vernetzung medizinischer Kompetenzen angesehen. So ermöglicht das Medizinische Versorgungszentrum einen Wissens- und Informationstransfer durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der dort tätigen Leistungserbringer, um den Anforderungen der Patienten an eine qualitativ hochwertige Versorgung gerecht zu werden.

Generell tragen horizontale und vertikale Kooperationen nach Aussage der Experten dazu bei, Prozesse durch Informations- und Wissenstransfer sowie durch Benchmarking³⁰ zu optimieren. Dies wird nicht nur durch Kooperationen der stationären und ambulanten Einrichtungen untereinander ermöglicht, sondern auch durch Kooperationen mit Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen. Die Einrichtungen können sich aufgrund einer besseren Beurteilung ihrer Prozessabläufe strategisch stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren und Randbereiche auslagern. Nach Aussage der Experten hat bisher aber nur eine geringe Anzahl der Gesundheitseinrichtungen damit begonnen, die Prozessabläufe unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu untersuchen. Dies wird allerdings zukünftig wichtiger, um Kosteneinsparungen realisieren zu können.

Horizontale sowie vertikale Kooperationen bringen den beteiligten Gesundheitseinrichtungen einen weiteren Nutzen, dem die befragten Experten eine sehr große Bedeutung beimessen: eine Ausweitung der Verhandlungsmacht gegenüber den Kostenträgern. Bei horizontalen Kooperationen betrifft dies z. B. Verhandlungen über Konzepte zu Krankenhausplanungen. Bei vertikalen Kooperationen kommt dies bei der Ausgestaltung der Verträge über integrierte Versorgungsformen zum Tragen. Aber auch für die

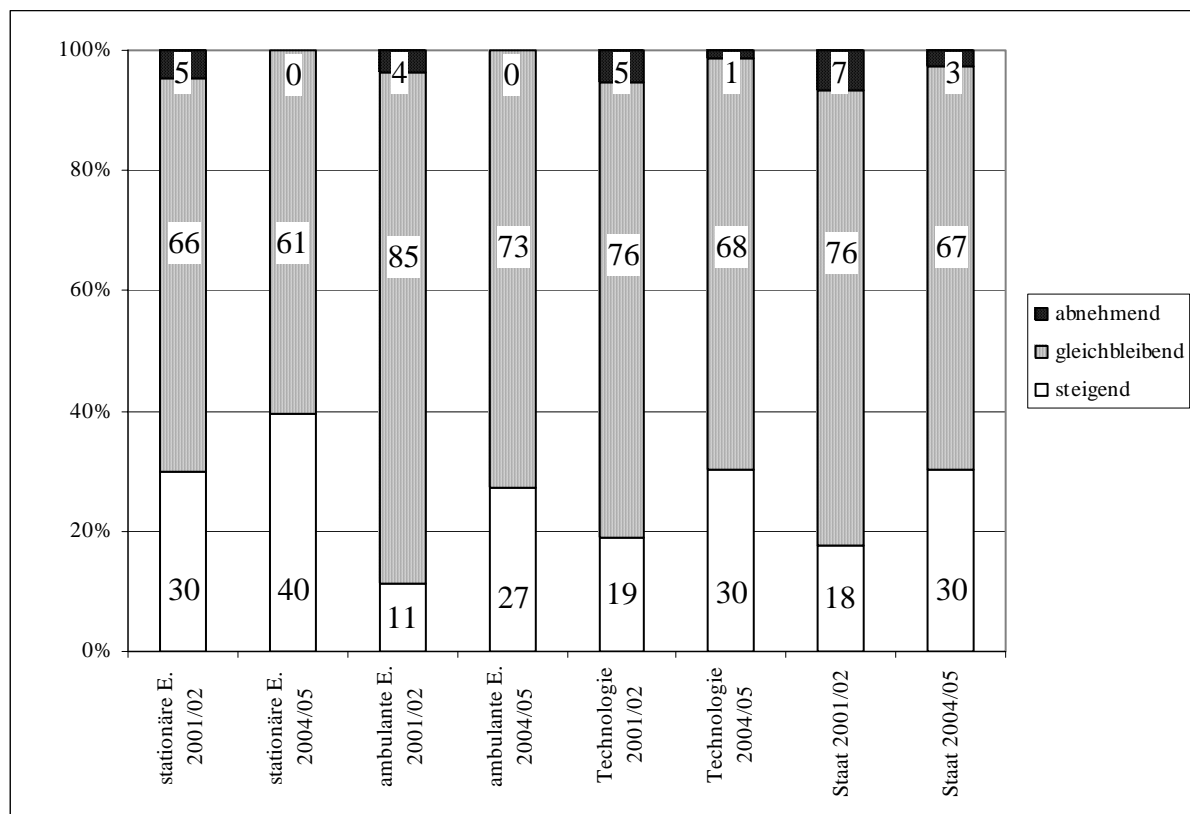
³⁰ Benchmarking: Systematischer Vergleich einzelner betrieblicher Abläufe mit entsprechenden Prozessen in anderen Einrichtungen (Dichtl/Issing 1994: 219).

Kostenträger ergeben sich Vorteile: Ihre Aufwendungen für Verhandlungen sinken, da die Einrichtungen ihre Versorgungspläne zumeist bereits im Vorfeld abstimmen.

5.3.4.2 Forschung und Entwicklung

Im Bereich Forschung und Entwicklung sind Kooperationen in der Region Ostwestfalen-Lippe schwächer ausgeprägt als in den Bereichen Erstellung von Dienstleistungen und Aus- und Weiterbildung (vergleiche Abbildung 23). Vergleicht man die Jahre 2001/02 und 2004/05 miteinander, so steigen die Anteile der befragten Gesundheitseinrichtungen, die eine Zunahme ihrer Kooperationen in der Forschung und Entwicklung in den nächsten zwei Jahren anstreben. Der Anteil derjenigen Einrichtungen, die eine Zunahme der Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen erwarten, wird sich sogar mehr als verdoppeln (von 11 auf 27 Prozent).

Abb. 25 Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Forschung und Entwicklung in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 74 und 86

Aufgrund der erforderlichen Einsparungen in der Gesundheitswirtschaft müssen die Gesundheitseinrichtungen nach Auffassung der Experten die Fähigkeit besitzen, wirtschaftlich zu agieren und auf Anforderungsänderungen möglichst schnell zu reagieren.

Dies betrifft sowohl die Entwicklung von Prozess- als auch von Dienstleistungs- und Produktinnovationen. Bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen besteht insbesondere in denjenigen medizinischen Bereichen, die die Kernkompetenzen der Einrichtungen darstellen, die Notwendigkeit, in die Forschung und Entwicklung zu investieren und wettbewerbsfähige Innovationen zu entwickeln.

Nach Aussage der Experten ist die Entwicklung von Innovationen immer nachfrageinduziert. In der Region Ostwestfalen-Lippe nimmt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zurzeit stark zu. Dabei legen die Nachfrager immer mehr Wert auf innovative Serviceleistungen. Durch das Angebot solcher Dienstleistungen sind die Gesundheitseinrichtungen in der Lage, Wettbewerbsvorteile zu erreichen.

Horizontale Kooperationen und Netzwerke in der Forschung und Entwicklung

Um gemeinsam mit anderen Gesundheitseinrichtungen Innovationen entwickeln zu können, bedarf es eines tiefen Einblicks in die organisatorischen Abläufe der Einrichtungen. Hier besteht das Risiko, dass es zu unerwünschten „Spill-over-Effekten“ kommt, das heißt zur Weitergabe von neuem ökonomischen Wissen und neuen Technologien („Betriebsgeheimnissen“). Nach Einschätzung der Experten gibt es daher innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe kaum horizontale Kooperationen zwischen rechtlich unabhängigen Einrichtungen zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung. Vor allem die Pflegeeinrichtungen investieren nach eigenen Aussagen aufgrund ihrer vergleichsweise kleinräumigen Orientierung nur wenig in die gemeinsame Entwicklung von Innovationen. Überregionale Kooperationen bzw. Kooperationen zwischen Einrichtungen mit verschiedenen Einzugsgebieten sind eher die Regel, da die Möglichkeit von Imitationen durch andere Einrichtungen an Bedeutung verliert, wenn Innovationen für räumlich getrennte Märkte entwickelt werden.

Eine Ausnahme bilden hierbei die Reha-Einrichtungen. Bei ihnen sind unter Umständen auch bei räumlicher Nähe und der Bedienung derselben Zielgruppe Kooperationen möglich, wenn ihre Leistungen auf der Nutzung unterschiedlicher natürlicher Ressourcen (Sole, Schwefel etc.) beruhen. Eine Imitation der Innovationen, die auf solchen Ressourcen basieren, ist dann nicht unmittelbar möglich.

Innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe bestehen nach Aussage der Experten auf horizontaler Ebene vor allem Kooperationen zwischen Einrichtungen, die einem gemeinsamen Träger angehören und daher rechtlich abhängig sind. Zwischen ihnen herr-

schen in der Regel langfristige, vertrauensvolle Beziehungen vor und es wird in mehreren Funktionsbereichen kooperiert. Unter Krankenhäusern wird ebenso wie unter Reha-Einrichtungen vor allem an der Optimierung der Prozessabläufe gemeinsam gearbeitet. Beispielsweise werden mittels der gemeinsamen Nutzung von EDV-Systemen die Ergebnisse von Computertomografien innerhalb des Verbunds an andere Einrichtungen versandt, die dann Diagnosen abgeben. Teleradiologie ermöglicht, dass Radiologen nicht vor Ort sein müssen, um Diagnosen abzugeben.

Benchmarking (Vergleich der Prozessabläufe) kann laut Experten zur besseren Organisation der medizinischen Abteilungen beitragen. Aber auch in anderen Bereichen, z. B. bei der Erprobung von patientenbezogenen Entwicklungen, kann der gegenseitige Erfahrungsaustausch dazu beitragen, wirtschaftlicher zu handeln. Einrichtungen, die bei der Entwicklung und Einführung von Innovationen eher zurückhaltend sind, profitieren besonders von den Kooperationen im Verbund, da sie von der Geschäftsführung Vorgaben bekommen, die sich an den innovativsten Einrichtungen orientieren. Dies kann z. B. die Einführung neuer Behandlungsmethoden betreffen.

Bei der gemeinsamen Entwicklung von Innovationen sind Gesundheitseinrichtungen oft dazu in der Lage, größere Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen, als es ihnen allein möglich wäre. Die Experteninterviews zeigen allerdings, dass auch zwischen Einrichtungen mit einem gemeinsamen Träger Wettbewerb bestehen kann, wenn der Markt weitgehend erschlossen ist bzw. dasselbe Patienteneinzugsgebiet versorgt wird. In einem solchen Fall arbeiten die Einrichtungen zumeist nicht an der gemeinsamen Entwicklung von Innovationen, um unerwünschte „Spill-over-Effekte“ zu vermeiden.

Vertikale Kooperationen und Netzwerke in der Forschung und Entwicklung

Auf vertikaler Ebene ist zwischen Kooperationen mit Gesundheitseinrichtungen, Zulieferern und Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers zu unterscheiden. Nach Aussage der Experten pflegen Gesundheitseinrichtungen zum einen vertikale Kooperationen in der Forschung und Entwicklung, wenn sie einem gemeinsamen Träger angehören. Zum anderen, wenn ihre Kernkompetenzen in ähnlichen medizinischen Fachgebieten liegen. Solche Kooperationen sind in der Regel nicht regionsbezogen, sondern erstrecken sich meist auf ganz Deutschland, zum Teil auch auf das Ausland.

Auch Kooperationen der Leistungserbringer mit Zulieferern und Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers bestehen nach Ansicht der Experten hauptsächlich auf überregionaler Ebene, da der Bedarf an Forschungs- und Entwicklungsleistungen oft nicht innerhalb einer Region vollständig gedeckt werden kann. In Ostwestfalen-Lippe gibt es beispielsweise keine medizinische Hochschule.

Den Experten zufolge sind Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Zulieferern (Herstellern) zur gemeinsamen Entwicklung von Innovationen eher schwach ausgeprägt. Ein Grund liegt darin, dass zwischen ihnen kaum direkte Kontakte bestehen, da die Gesundheitseinrichtungen die von ihnen benötigten Güter nicht direkt bei den Zulieferern, sondern über den Groß- oder Fachhandel (Sanitätshäuser) bestellen. Gesundheitseinrichtungen geben ihre Erfahrungen mit den Produkten an die Händler weiter, die die Informationen wiederum an die Hersteller weiterleiten. Die Hersteller informieren sich beim Handel, wie ihre Neuentwicklungen von den Gesundheitseinrichtungen angenommen werden. Nur die großen Hersteller haben ein Kundenbeschwerdemanagement, an das sich die Gesundheitseinrichtungen bei Unzufriedenheit mit den Produkten wenden können. Änderungen der Produkte werden dann durch die Beschwerden induziert. Bei der Entwicklung innovativer Produkte arbeiten die Hersteller allerdings nur in wenigen Fällen zusammen mit den Gesundheitseinrichtungen, z. B. bei der Entwicklung von medizinischen Gebrauchsgütern wie Prothesen.

Seit den letzten Jahren werden regionale Kooperationen zwischen Herstellern und Gesundheitseinrichtungen nach Aussage der Experten von Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers gefördert, sodass Weiterentwicklungen von Produkten immer häufiger gemeinsam erprobt werden. Dies ist vor allem bei Produkten der Fall, die möglichst kundennah entwickelt werden sollen, z. B. Krankenhausbetten. So rief das in Bielefeld ansässige Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG) im Jahr 2001 das Projekt „Systemdienstleistung Bettenmanagement“ ins Leben. Das Projekt dient der gemeinsamen Entwicklung von Krankenhausbetten durch Hersteller und regional ansässige Krankenhäuser. Beteiligt sind die Joh. Stieglmeyer GmbH & Co. KG, Herford (Herstellung von Krankenhausbetten), die Piepenbrock Service GmbH + Co. KG, Osnabrück (Gebäude-Dienstleistungen), die Dräger Medizintechnik GmbH, Bielefeld (Medizin- und Sicherheitstechnik) sowie unter den Krankenhäusern in Bielefeld das Ev. Johanneskrankenhaus, die Städtischen Kliniken, die Krankenanstalten Gilead und in Detmold das Klinikum

Lippe. Die Krankenhäuser werden durch die Hersteller bei der organisatorischen, logistischen und finanziellen Bewirtschaftung unterstützt. Den Herstellern eröffnet sich durch die Vernetzung die Möglichkeit, den Gesundheitseinrichtungen arbeitsteilige, modulare Systemdienstleistungen für das Bettenmanagement anbieten zu können (Experteninterview im Dezember 2002).

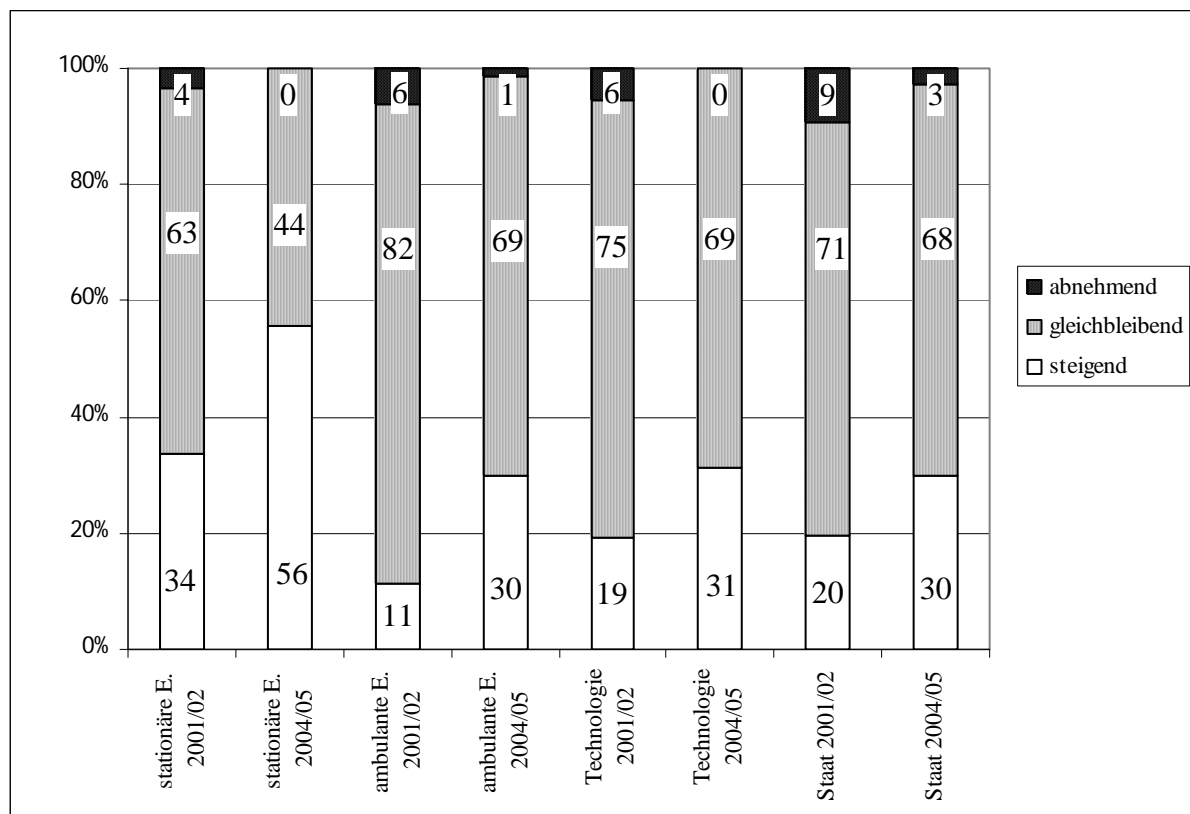
Nach Aussage der Experten bergen vertikale Kooperationen zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung zwischen Herstellern und Gesundheitseinrichtungen ein großes Potenzial. Seit den letzten Jahren verbinden die Hersteller den Verkauf ihrer Produkte stärker mit Dienstleistungsangeboten, z. B. indem sie die Gesundheitseinrichtungen bei der Prozessoptimierung unterstützen und ihnen Mitarbeiterqualifizierungen anbieten. Die Experten gehen davon aus, dass die Kundenorientierung der Hersteller in den kommenden Jahren an Bedeutung zunehmen wird.

Bei der Beurteilung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Gesundheitseinrichtungen und Herstellern zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung ist laut Experten allerdings zu berücksichtigen, dass die Verträge der Gesundheitseinrichtungen mit den Kostenträgern ausschlaggebend dafür sind, welche Produkte bestellt werden. Qualität und Preise werden von den Kostenträgern vorgegeben. Da die Gesundheitseinrichtungen und Händler auf diese Vorgaben nur geringe Einflussmöglichkeiten haben, können Produktinnovationen nicht in dem Maße abgesetzt werden, wie es von Seiten der Hersteller wünschenswert wäre. Die Aufnahme und Umsetzung der Ideen der Ärzte und der eigenen Mitarbeiter ist ein sehr teurer Prozess, daher ist dies, abgesehen vom Bereich Medizintechnik, eher selten der Fall. Nach Ansicht der Experten sind Kooperationen der Hersteller und Gesundheitseinrichtungen jedoch sinnvoll, da sie die Entwicklung von Produkt- und Prozessinnovationen fördern und dabei zu Kostensenkungen beitragen.

5.3.4.3 Aus- und Weiterbildung

Kooperationen und Netzwerke der Gesundheitseinrichtungen in der Aus- und Weiterbildung werden mit allen Einrichtungen und Institutionen in Ostwestfalen-Lippe zunehmen. Die Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen werden in den nächsten zwei Jahren vermutlich am stärksten zunehmen: Während 11 Prozent der Einrichtungen in den letzten beiden Jahren ihre Kooperationen intensivierten, werden es in den nächsten beiden Jahren voraussichtlich 30 Prozent sein, also fast dreimal so viele Einrichtungen. Auch die Kooperationen zwischen stationären Einrichtungen werden stark zunehmen: In den Jahren 2001/02 nahmen die Kooperationen bei 34 Prozent der Einrichtungen zu, in den Jahren 2004/05 werden schätzungsweise 56 Prozent der Einrichtungen stärker mit anderen stationären Einrichtungen kooperieren. Von einem Rückgang der Kooperationen in den nächsten zwei Jahren geht fast keine Einrichtung aus.

Abb. 26 Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Aus- und Weiterbildung in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 73 und 86

Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung entstehen nach Aussage der Experten, wenn die Bildungsinhalte so beschaffen sind, dass allgemeine, überbetrieblich nutzbare Qualifikationen vermittelt werden und sie den Gesundheitseinrichtungen gleichzei-

tig eine Reduktion ihrer Kosten durch einen effizienten Ressourceneinsatz ermöglichen. Zum Beispiel werden bei der Nutzung gemeinsamer Aus- und Weiterbildungsstätten durch die Umlagefinanzierung alle Beteiligten gleichermaßen an den Kosten beteiligt, sodass die personellen und finanziellen Belastungen der einzelnen Einrichtungen sinken. Es kann eine mindestoptimale Ausstattung mit Personal, Räumlichkeiten, Materialien etc. erreicht werden. Die beteiligten Einrichtungen haben die Möglichkeit, sich hinsichtlich der Nutzung vorhandener Kapazitäten flexibler auf sich ändernde Auszubildendenzahlen einzustellen. Der effiziente Einsatz von Ressourcen in der Aus- und Weiterbildung ist nach Einschätzung der Experten gerade in der Gesundheitswirtschaft von großer Bedeutung, da aufgrund des Patientenkontaktes ein hoher Anspruch an die Qualität der Leistungen besteht. Zudem ist die praktische Ausbildung des Pflegepersonals durch die Änderung des Pflegegesetzes zeitaufwändiger geworden.

Auch bei der Umsetzung inhaltlicher Veränderungen der Aus- und Weiterbildung und beim Angebot neuer Bildungsinhalte bzw. -module, die auf neue Marktgegebenheiten ausgerichtet sind, werden die Einrichtungen nach Meinung der Experten durch Kooperationen flexibler. Die Qualität und Quantität der Bildungsmodule wird verbessert; dies ermöglicht die langfristige Sicherung qualifizierter Arbeitskräfte. Das Anwerben neuer Auszubildender wird erleichtert, da sich aufgrund der besseren Ausbildung die Sicherheit für die Auszubildenden erhöht, später einen entsprechenden Arbeitsplatz zu finden.

Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung führen darüber hinaus laut Experten zum Informations- und Wissenstransfer zwischen den Gesundheitseinrichtungen. Dies kann problematisch sein, wenn die Gesundheitseinrichtungen im Wettbewerb zueinander stehen, weil sie beispielsweise dasselbe Patienteneinzugsgebiet bedienen. Der Austausch von betriebspezifischem neuem ökonomischem Wissen und die dadurch mögliche Imitation von Innovationen wird dann vermieden. Daher kommt es nach Meinung der Experten zwischen Wettbewerbern nur dann zu Aus- und Weiterbildungskooperationen, wenn die Kostenvorteile die möglichen Nachteile durch den Wissensaustausch überwiegen. Zukünftig wird es nach Meinung der Experten vor allem gemeinsame Kooperationen geben, bei denen allgemeines, nicht betriebspezifisches Wissen ausgetauscht wird.

Zurzeit gibt es in der Region Ostwestfalen-Lippe intensive Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung zwischen stationären Einrichtungen, und zwar auf horizontaler Ebene wie auch auf vertikaler Ebene. Als Fallbeispiel für horizontale Kooperationen wird in Abschnitt 6.4.2 die Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) vorgestellt. Nach Aussage der Experten bilden vor allem Gesundheitseinrichtungen, die bei der Erstellung von Dienstleistungen miteinander kooperieren, gemeinsam aus, um den gleichen Qualitätsstandard zu erreichen. Zukünftig werden vermutlich zunehmend kleine stationäre Einrichtungen im Bildungsbereich kooperieren, um bei der schwieriger werdenden finanziellen Lage dem dualen Ausbildungssystem gerecht zu werden.

Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, wie z. B. das Innovationszentrum Fennel in Bad Oeynhausen, unterstützen Aus- und Weiterbildungskooperationen, indem sie entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung stellen.

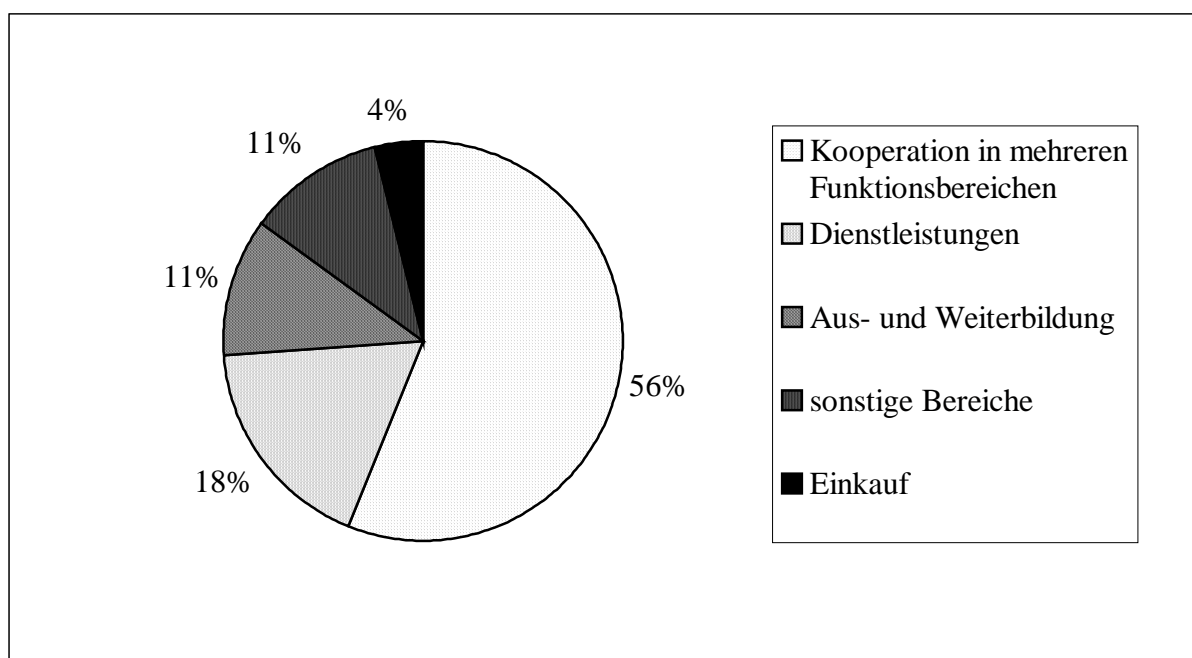
Größere Bildungswerke wie z. B. das ESTA-Bildungswerk oder die Berufsakademie für Alten- und Krankenpflege (BAK) mit Standorten in ganz Deutschland – unter anderem auch in Ostwestfalen-Lippe – bieten Gesundheitseinrichtungen spezielle Weiterbildungskurse für ihre Mitarbeiter an. Auch solche externen Weiterbildungsangebote ermöglichen den teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen einen Informations- und Wissenstransfer.

5.3.5 Besonderes Engagement in Kooperationen und Netzwerken auf regionaler und überregionaler Ebene

Besonderes Engagement auf regionaler Ebene

Die Einrichtungen wurden dazu befragt, ob es Kooperationsbereiche gibt, in denen sie sich innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe im besonderen Maße engagieren. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. 52 Prozent der befragten Einrichtungen pflegen intensive Kooperationen in Ostwestfalen-Lippe. Viele unter ihnen kooperieren in mehreren Bereichen. 56 Prozent der Einrichtungen kooperieren im Verbund mit anderen stationären Einrichtungen, wobei die gemeinsamen Aktivitäten in jedem Bereich stattfinden. 18 Prozent der Einrichtungen kooperieren im Dienstleistungsbereich (genannt wurden Diagnostik, Behandlung, Pflege, Betreuung, Therapie, Beratung). Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung wurden von 11 Prozent der Einrichtungen genannt und Kooperationen beim Einkauf von 4 Prozent der Einrichtungen. Darüber hinaus kooperieren 11 Prozent der Einrichtungen in sonstigen Bereichen. Dies sind Kooperationen im Marketing, im Benchmarking (Vergleich der Prozessabläufe), beim Qualitätsmanagement und bei der Regionalisierung von Altenheimen.

Abb. 27 Kooperationsbereiche, in denen sich die Einrichtungen in OWL in besonderem Maße engagieren in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=45

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen Kooperationen in der Region Ostwestfalen-Lippe bisher nicht entstanden sind oder sich nicht in gewünschter Weise entwi-

ckelt haben. Die Einrichtungen gaben auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (völlig unwichtig) an, welche Rolle die Gründe bei ihnen spielten. Alle vorgegebenen Gründe sind von mittelmäßiger bis geringer Bedeutung (die Mitte liegt beim Wert 3,5).

Tab. 14 Gründe, die Kooperationen in OWL verhinderten (arithmetische Mittel)

Gründe, die Kooperationen in OWL einschränkten oder verhinderten:	Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig)
Sonstige	2,1
Organisatorische Gründe	3,4
Unterschiedliche Träger der Einrichtungen	3,4
Geeignete Kooperationspartner in OWL sind nicht bekannt	3,5
In OWL sind keine geeigneten Kooperationspartner ansässig	3,6
Kooperationen trugen nicht dazu bei, die wirtschaftliche Situation zu verbessern	3,9
Kooperationen trugen nicht dazu bei, die Versorgung der Patienten zu verbessern	4,1
Wirtschaftliches Risiko durch Kooperationen ist zu hoch	4,5

Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 15 und 64

Nur „sonstige Gründe“ wurden als relativ wichtig angegeben; hierzu äußerten sich 15 Einrichtungen. Sieben dieser Einrichtungen gaben an, dass sie sehr spezifische Bedürfnisse an einen Kooperationspartner hätten, die bisher nicht ausreichend erfüllt werden konnten. Bei zwei Einrichtungen steht der Konkurrenzgedanke so stark im Vordergrund, dass Kooperationen bisher nicht in Erwägung gezogen wurden. Zwei weitere Einrichtungen sind in ein verbandsinternes Netzwerk integriert, sodass das zentrale Management über Kooperationen entscheidet. Jeweils eine der Einrichtungen gab folgende Gründe an: Ideologieunterschiede sind zu groß; es besteht zu wenig Zeit einen Partner zu suchen; es besteht kein Interesse an einer Kooperation.

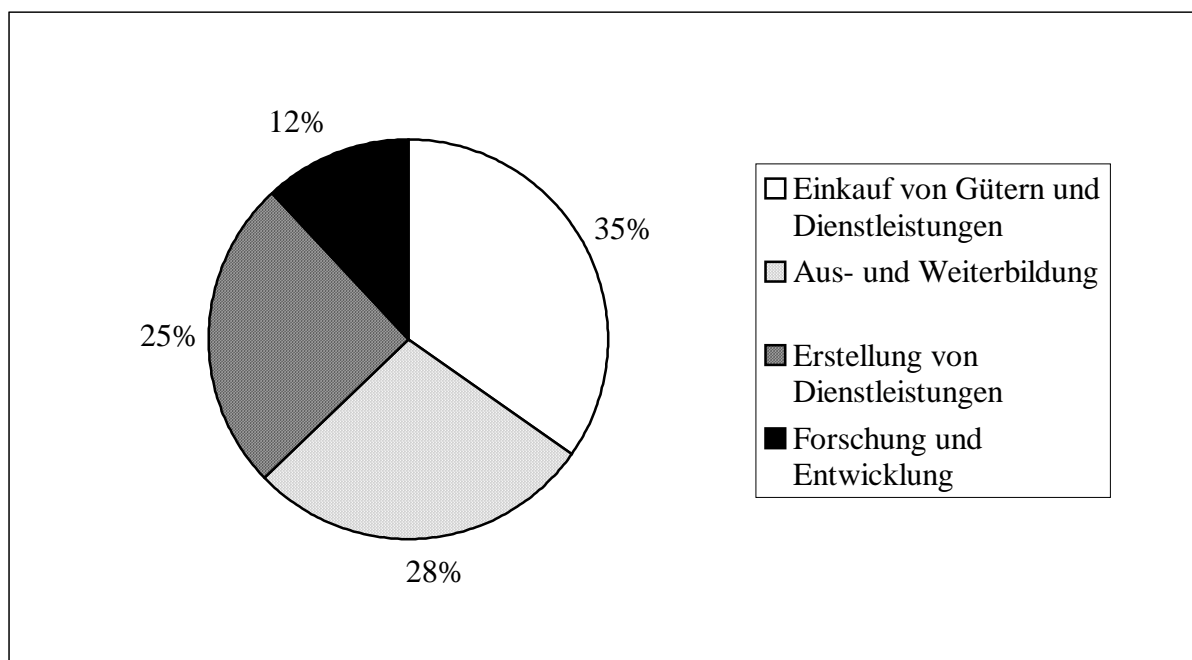
Einige Gründe stehen mit einem wichtigen Aspekt in Zusammenhang, der von den befragten Experten angesprochen wurde: vielen Einrichtungen ist nicht bewusst, dass durch Kooperationen bedeutende Kosteneinsparungen und damit Wettbewerbsvorteile erzielt werden können. Bei ihnen steht häufig das Risiko im Vordergrund, das mit einer möglichen Kooperation einhergeht. Von möglichen risikoreichen Kooperationen wird dann von vornherein zu früh Abstand genommen. Während der Expertengesprä-

che wurde häufig erwähnt, dass die Gesundheitseinrichtungen nach regionsexternen Kooperationspartnern suchen, da sie mit ihnen weniger stark im Wettbewerb stehen. Um diesen Aspekt näher zu untersuchen, wurde den Einrichtungen die Frage gestellt, ob sie nennenswerte überregionale Kooperationen unterhalten. Darauf wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

Besonderes Engagement auf überregionaler Ebene

Von den befragten Gesundheitseinrichtungen kooperieren 45 Prozent überregional, 55 Prozent der Einrichtungen nicht. Kooperationen innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe kommen somit häufiger vor (52 Prozent). Viele der Einrichtungen kooperieren in mehreren Bereichen. Besonders häufig werden Güter und Dienstleistungen gemeinsam beschafft (zu 35 Prozent). Aber auch in der Aus- und Weiterbildung (28 Prozent) und bei der Erstellung von Dienstleistungen (25 Prozent) werden regionsexterne Kooperationen gepflegt. Regionsexterne Kooperationen in der Forschung und Entwicklung kommen dagegen mit 12 Prozent weniger häufig vor.

Abb. 28 Bereiche mit nennenswerten Kooperationen außerhalb von OWL in Prozent



Quelle: eigene Erhebung, Datenbasis: n=43

5.4 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der empirischen Erhebung geben Aufschluss darüber, dass Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes je nach Funktionsbereich unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Es wurden die Funktionsbereiche Beschaffung, Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung unterschieden.

Beschaffungsk Kooperationen werden überwiegend innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe gepflegt. Die Gesundheitseinrichtungen bemühen sich nach Expertenaussagen darum, Güter und Dienstleistungen nach Möglichkeit in der Region zu beschaffen und dadurch die regionale Wirtschaft zu unterstützen.

Bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen wird mit stationären Einrichtungen besonders intensiv kooperiert. Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen sind dagegen nur durchschnittlich ausgeprägt, während mit Institutionen und Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie mit staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen kaum kooperiert wird. Kooperationen bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen werden voraussichtlich zunehmen, da die Gesundheitseinrichtungen damit die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen anstreben. Die Entwicklung neuer Kooperationsformen zur gemeinsamen Leistungserbringung, wie beispielsweise Medizinische Versorgungszentren oder Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung, befindet sich in Ostwestfalen-Lippe erst in der Anfangsphase.

Kooperationen in der Forschung und Entwicklung sind generell nur unterdurchschnittlich ausgeprägt, werden aber voraussichtlich ebenfalls zunehmen. Der Entwicklung von Prozess-, Dienstleistungs- und Produktinnovationen kommt in den nächsten Jahren aufgrund der Einsparungen in der Gesundheitswirtschaft eine wachsende Bedeutung zu, da mit Innovationen Wettbewerbsvorteile erreicht werden können. Die steigenden und sich ändernden Anforderungen der Nachfrager an Gesundheitsleistungen erfordern eine hohe Flexibilität der Gesundheitseinrichtungen.

In der Aus- und Weiterbildung sind Kooperationen mit stationären Einrichtungen durchschnittlich ausgeprägt, während Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen und Institutionen nur schwach ausgeprägt sind. Auch in diesem Funktionsbereich wird eine Zunahme der Kooperationen erwartet. Sie sind für Gesundheitseinrichtungen vor-

teilhaft, wenn allgemeine, überbetrieblich nutzbare Qualifikationen vermittelt werden und durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen Kosteneinsparungen erzielt werden können. Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung ermöglichen ebenso wie Kooperationen in der Forschung und Entwicklung eine flexible Ausrichtung auf sich verändernde Anforderungen des Marktes.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes die Potenziale von Kooperationen erkannt haben und ihnen aufgeschlossen gegenüber stehen. Zur Erhöhung ihrer Wettbewerbsfähigkeit kooperierenden die Gesundheitseinrichtungen überwiegend in mehreren Bereichen gleichzeitig. Um eventuell vorhandenen Kooperationshemmnissen mit entsprechenden Maßnahmen entgegenzutreten zu können, wurden die Gesundheitseinrichtungen nach Gründen befragt, die Kooperationen einschränkten oder verhinderten. Die Befragung zeigte, dass die Ansprüche an Kooperationspartner relativ hoch sind und häufig nicht erfüllt werden können. Auch organisatorische Gründe und unterschiedliche Trägerschaften sowie der Konkurrenzgedanke können Kooperationen im Wege stehen.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird im folgenden Kapitel 6 aufgezeigt, aus welchen Gründen in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes Handlungsbedarf besteht und welche Rolle Kooperationen und Netzwerke dabei spielen, die Wettbewerbsfähigkeit der Region zu erhalten bzw. zu steigern und dabei eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

6 Potenziale von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft

6.1 Gründe für Handlungsbedarf in der Region Ostwestfalen-Lippe

Veränderte Rahmenbedingungen

Durch Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft, vor allem durch die demografische Entwicklung, den medizinisch-technischen Fortschritt und die zunehmenden Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung, steigen die Gesundheitsausgaben kontinuierlich an. So bleibt die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu ca. 97 Prozent aus beitragspflichtigen Einnahmen gebildet wird, mit ihrem Wachstum hinter dem Ausgabenanstieg zurück. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird (Deutscher Bundestag 2003: 1; Wille 2003: 39). Wie bereits in Abschnitt 2.5 beschrieben, stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 1992 und 2002 von 9,9 auf 10,9 Prozent und wurde damit im internationalen Vergleich nur von den Anteilen in den USA und der Schweiz übertroffen. Nach Ansicht von Wille (2003: 41) wäre der Anteil in Deutschland sogar bedeutend höher, wenn die Gesundheitsausgaben nicht durch die mit den Gesundheitsreformen verbundenen zahlreichen Kostendämpfungsmaßnahmen eingeschränkt worden wären.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

In der Region Ostwestfalen-Lippe zeigte unter den Kostendämpfungsmaßnahmen insbesondere das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) starke Auswirkungen, das 1997 in Kraft trat und zur sogenannten „Reha-Krise“ mit einschneidenden Veränderungen in der medizinischen Rehabilitation führte (siehe Abschnitt 2.5). Da sich die Region Ostwestfalen-Lippe wie bereits in Abschnitt 4.2 dargestellt durch eine große Anzahl von Heilbädern und Kurorten auszeichnet, deren Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bis Ende der 1990er Jahre vor allem auf die stationäre Versorgung ausgerichtet waren, ergab sich durch die Reha-Krise im Jahr 1997 und auch in den darauf folgenden Jahren ein besonderer Handlungsdruck in der Region (MGSFF NRW 2001: 152 f.). So ist die Anzahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe aufgrund starker finanzieller Einbußen von 1996 bis 2001 um rund 20 Prozent gesunken (siehe Anhang 1).

Als positiv kann allerdings angesehen werden, dass es der Region Ostwestfalen-Lippe als einzigem Regierungsbezirk Nordrhein-Westfalens auch während der Reha-Krise möglich war, mehr Rehabilitanden zu „importieren“ als zu „exportieren“ (siehe auch

Sekundärerhebung in Abschnitt 4.7). Als Reaktion auf die Reha-Krise wurden in Ostwestfalen-Lippe Spezialkliniken eingerichtet, die eine Strategie der Marktnischenbesetzung verfolgen und auf besondere Zielgruppen ausgerichtet sind. Ihr Einzugsgebiet ist vor allem überregional. Wie die schriftliche Befragung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergab, liegt der Anteil der Patienten aus anderen Regionen Deutschlands bei 63 Prozent (Stand 2003, siehe Abbildung 16). Der Großteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bietet somit überregional attraktive Leistungen an. Einige von ihnen versorgen auch Patienten aus dem Ausland. Dies bestätigt, dass Ostwestfalen-Lippe nach wie vor ein ausgeprägtes Profil als Standort für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen aufweist, die auch über die Region hinaus bekannt sind.

Nach Aussage der befragten Experten kann die Auslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe allerdings nach wie vor nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden. Für die mangelnde Auslastung und die damit verbundenen wirtschaftlichen Schwierigkeiten im Rehabilitationssektor gibt es vier wesentliche Ursachen (Messemer/Margreiter 2003: 155 f.):

- **Fehlende Ausrichtung auf die Anforderungen der Anschlussheilbehandlung (AHB):**
Bei der AHB werden die Patienten innerhalb kurzer Zeit (max. 14 Kalendertage) nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik verlegt (§ 40, Abs. 6 SGB V). Diese gesetzliche Auflage zielt darauf ab, einen nahtlosen Übergang der Patienten vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung zu gewährleisten (§ 112, Abs. 2, Nr. 5 SGB V). Die klassischen Kurkliniken konzentrieren sich auf die Anwendung von Heilverfahren und sind den Anforderungen der AHB nicht gewachsen, deren Anteil an den Rehabilitationsleistungen aufgrund der medizinischen und demografischen Entwicklung weiter zunehmen wird. Sie bringt einen bedeutend höheren Pflege- und Therapieaufwand sowie einen erheblichen Investitionsaufwand mit sich.
- **Fehlende Nähe zu Akutkrankenhäusern bzw. zum Wohnort der Patienten:**
Die AHB erfordert die Nähe zu Akutkrankenhäusern, da diejenigen Patienten, die eine AHB in Anspruch nehmen, wenig mobil sind. Darüber hinaus nimmt der Anteil älterer Patienten zu, bei denen die Einbindung in das soziale Umfeld und damit die Wohnortnähe eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Rehabilitation spielt.

Für klassische Kurkliniken, die oft von Ballungsräumen relativ weit entfernt liegen, bleiben diese Zielgruppen zum Großteil unerreichbar.

- **Fehlende Flexibilität der Rehabilitationsversorgung:**
Um flexible und wirtschaftliche Rehabilitationsabläufe gewährleisten zu können, wird das Angebot von stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen aus einer Hand immer wichtiger. Da ambulante Rehabilitationsleistungen nur in Wohnortnähe in Anspruch genommen werden, können solche Angebote jedoch nur für Patienten erbracht werden, deren Wohnorte sich in der Nähe der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen befinden. Flexible Angebote aus einer Hand können daher nur für Patienten in einem eng begrenzten Einzugsgebiet erbracht werden.
- **Fehlende Attraktivität für qualifiziertes medizinisches Personal:**
Die Anstellung qualifizierter Mediziner und Fachärzte erfordert einen attraktiven Standort, eine angemessene Vergütung und innovative Konzepte mit kombinierten Einsatzmöglichkeiten in der Akut- und Rehabilitationsmedizin. Diesen Anforderungen können viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreichend gerecht werden.

Nach Aussage der befragten Experten ist in Ostwestfalen-Lippe vor allem die fehlende Flexibilität der Rehabilitationsversorgung ursächlich für eine mangelnde Auslastung. Eine Erhöhung der Auslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird vor allem dadurch erschwert, dass mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz im Jahr 1997 nicht nur die Finanzierung von stationären Rehabilitationsleistungen eingeschränkt, sondern auch die ambulante und teilstationäre Rehabilitation der stationären Rehabilitation gleichgestellt wurde (Näheres zur Gesetzgebung siehe Abschnitt 2.5). Aufgrund der relativ großen Entfernung der ostwestfälisch-lippischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu Ballungsräumen außerhalb der naheliegenden Oberzentren Bielefeld und Paderborn, wie z. B. dem Ruhrgebiet, ist eine flexible Versorgung – mit einem Angebot von stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen aus einer Hand – nicht möglich. Eine Kombination aus stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen kann nur denjenigen Patienten angeboten werden, deren Wohnort sich in Nähe der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen befindet.

Ebenso wie in Ostwestfalen-Lippe werden aber auch in anderen Regionen Deutschlands zunehmend ambulante Leistungen wohnortnah für die dort ansässigen Patienten angeboten. Da ambulante Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen eine Alterna-

tive zu stationären Leistungen darstellen, kommt es für die Region Ostwestfalen-Lippe dadurch zu einer Verschärfung des Wettbewerbs mit anderen Regionen um Patienten. Ostwestfalen-Lippe versorgt mit seinen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bereits seit dem 19. Jahrhundert insbesondere Patienten aus dem Ruhrgebiet, das nach Expertenaussagen zurzeit seinerseits eine Vergrößerung des Angebots ambulanter Rehabilitationsleistungen vornimmt. Es ist davon auszugehen, dass sich der Patientenzustrom aus dem Ruhrgebiet und damit die Auslastung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes kontinuierlich verringern wird. In Ostwestfalen-Lippe sind daher Maßnahmen zu entwickeln, um diesem Rückgang entgegen zu treten.

Der Wettbewerb der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird vermutlich auch aufgrund der Einführung des G-DRG-Systems³¹ im Krankenhaussektor zunehmen. Nach Ansicht von Lungen und Lauterbach (2004: 175 f.) waren die Bemühungen der Krankenhäuser zur organisatorischen Einbindung der nachstationären Behandlung (worunter die ambulante Rehabilitation fällt) bisher begrenzt. Durch die Einführung des neuen Vergütungssystems können mit dem Angebot nachstationärer Leistungen jedoch finanzielle Vorteile erreicht werden. Nach Ansicht der Experten führt die Vergütung im Rahmen des G-DRG-Systems voraussichtlich zu neuen Leistungsausrichtungen im Krankenhaussektor, unter anderem zum zusätzlichen Angebot von ambulanten Rehabilitationsleistungen (siehe auch „*Preisvorgaben*“ in Abschnitt 2.4). Damit werden Krankenhäuser zu einem stärkeren Wettbewerber gegenüber Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Krankenhäuser

Neben dem Rehabilitationssektor ist auch der Krankenhaussektor von Kostendämpfungsmaßnahmen betroffen. Wie bereits unter „*Versorgung durch Krankenhäuser*“ in Abschnitt 4.7 beschrieben wurde, ist die Zahl der Krankenhäuser in Ostwestfalen-Lippe aufgrund von Einsparungen von 1995 bis 2001 um 11 Prozent gesunken (siehe auch Anhang 1). Bei den verbleibenden Krankenhäusern kam es zur Schließung von Fachabteilungen und einem erheblichen Bettenabbau, während die Zahl der behandelten Patienten ständig gestiegen ist. Dies wurde durch kürzere Verweildauern und stärkere Bettenauslastungen ermöglicht.

³¹ German - Diagnosis Related Groups

Mit der Einführung des G-DRG-Systems werden weitere Einsparungen im Krankenhaussektor erwartet, da das Kostendeckungsprinzip durch das Leistungsprinzip abgelöst wird (siehe auch „*Preisvorgaben*“ in Abschnitt 2.4). Ziel ist es, durch eine größere Transparenz der Leistungserbringung die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und dadurch Einsparungen zu realisieren (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 121).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet, dass sich der Leistungswettbewerb und der Kostendruck der Krankenhäuser durch die Einführung des G-DRG-Systems verschärfen werden (Roeder u. a. 2004: 703-711). Nach Ansicht von Greß/Jacobs/Schulze/Wasem (2004: 121) kann allerdings nicht von einer umfassenden wettbewerblichen Neuorientierung gesprochen werden, da hierfür weiter reichende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich wären. Mit der dualen Krankenhaussteuerung wird dem Handlungsspielraum der Krankenhäuser ein Rahmen gesetzt (Robra u. a. 2003: 43-54; Neubauer 2003: 103; siehe „*Kontrahierungszwang und Investitionslenkung*“ in Abschnitt 2.4).

Somit bleibt festzustellen, dass durch die Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhaussektor neue Handlungsanreize gesetzt werden, die den Wettbewerb in eingeschränktem Maße fördern. Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist beispielsweise die Erwartung verbunden, dass durch den Wettbewerb Entwicklungsprozesse gefördert werden, die zur Entstehung neuer sektorenübergreifender Versorgungsformen beitragen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Pauschalierung der Krankenhausvergütung tendenziell Anreize zu horizontalen und vertikalen Kooperationen setzt (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 122 f.). Diese Anreize werden in Deutschland durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz verstärkt, das zum 1.1.2004 in Kraft trat. Wie in Abschnitt 3.4 aufgezeigt wurde, ermöglicht es den Leistungserbringern – nicht nur den Krankenhäusern – bei Vertragsabschlüssen mit Kooperationspartnern einen größeren Gestaltungsspielraum als bisher, so z. B. durch die Erweiterung der integrierten Versorgung.

Die Krankenhäuser in Ostwestfalen-Lippe werden somit durch die Einführung des G-DRG-Systems und durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz vor die Herausforderung gestellt, ihre Wirtschaftlichkeit zu steigern und das Preis-Leistungsverhältnis zu verbessern. Nach Aussage der Experten gingen bei den Krankenkassen im Jahr 2004 bereits eine Vielzahl von Anträgen für Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung ein. Bei den Antragstellern handelte es sich vor allem um Krankenhäuser. Es wurde

allerdings nur eine geringe Anzahl von Verträgen abgeschlossen, da die Krankenkassen die Ansicht vertraten, dass die von den Leistungserbringern vorgeschlagenen Konzepte wenig innovative Kooperationsformen beinhalten würden oder betriebswirtschaftlich nicht ausgereift seien.³² Hierin unterschied sich Ostwestfalen-Lippe im Jahr 2004 nicht von den übrigen Regierungsbezirken Nordrhein-Westfalens (Experteninterviews vom November 2004; Vortragsveranstaltung „Integrierte Versorgung – Zwischenbilanz nach 11 Monaten Praxis“ des 27. Deutschen Krankenhaustages am 26.11.2004 im Rahmen der MEDICA, Düsseldorf).

Auch weitere Gestaltungsspielräume, die das GKV-Modernisierungs-Gesetz einräumt, wie beispielsweise die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren, wurden bisher in Ostwestfalen-Lippe kaum genutzt. Nach Meinung der befragten Experten befinden sich sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger bei der Nutzung neuer Handlungsspielräume erst in der Anfangsphase.

Fazit

Aufgrund der Kostendämpfungsmaßnahmen wird der Wettbewerb der Gesundheitseinrichtungen in den Regionen in den nächsten Jahren voraussichtlich weiterhin zunehmen. Das GKV-Modernisierungsgesetz generell und im Krankenhaussektor insbesondere das G-DRG-System erfordern von den Gesundheitseinrichtungen der Region Ostwestfalen-Lippe effiziente Leistungen auf einem hohen Niveau, denen nicht jede Einrichtung gewachsen sein wird. In der Region Ostwestfalen-Lippe sind somit innerhalb der Versorgungskette der Gesundheitswirtschaft und mit Nachbarbranchen neue Kooperationsformen zu bilden, welche sowohl die Wirtschaftlichkeit erhöhen als auch eine sektorenübergreifende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ermöglichen. Die Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes stehen vor der Herausforderung, Lösungsansätze für sinnvolle Vernetzungen ihrer Leistungen zu entwickeln.

Darüber hinaus benötigt die Region Ostwestfalen-Lippe im zunehmenden Wettbewerb mit anderen Regionen weiterhin ein eindeutig wahrnehmbares Profil als Gesundheitsregion. Der Großteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bietet nach eigenen Aussagen überregional attraktive Leistungen an, sodass deren Auslastung von der regionsexternen Nachfrage abhängig ist. Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs durch andere Regionen ist das Marketing für die Region Ostwestfalen-Lippe daher zu

³² Anträge zur integrierten Versorgung werden von den Leistungserbringern bei den Krankenkassen eingereicht, die diese nach eigenem Ermessen bewilligen oder ablehnen können (§ 140 b SGB V).

intensivieren. Für eine Marketingstrategie zur überregionalen Profilbildung bildet das herausragende Angebot an Spezialkliniken einen geeigneten Ausgangspunkt.

6.2 Handlungsempfehlungen für die Region Ostwestfalen-Lippe

6.2.1 Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit durch Kooperationen und Netzwerke

Wie im vorstehenden Abschnitt 6.1 aufgezeigt wurde, sind in der Region Ostwestfalen-Lippe Kooperationen und Netzwerke innerhalb der Versorgungskette der Gesundheitswirtschaft und mit ihren Nachbarbranchen zu bilden, um dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Region und insbesondere der Heilbäder und Kurorte zu stärken. So heißt es im Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 (2005: 52): „In den einzelnen Kurortregionen sollen Kooperationsstrukturen entwickelt werden, die eine Konkurrenz zwischen den einzelnen Orten verhindern und eine sinnvolle Profilbildung fördern“. Da die Heilbäder und Kurorte insbesondere Standorte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind, sind Kooperationen und Netzwerke zu entwickeln, die zu einer höheren Auslastung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und damit zur Steigerung ihrer Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Nach Auffassung von Hartmann (2002: 162) „werden sich die Reha-Kliniken als nachsorgende Einrichtungen diesem Netzwerkgedanken nicht entziehen können“.

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes versorgen zu 63 Prozent Patienten aus anderen Regionen und sind daher von der regionsexternen Nachfrage abhängig. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil der regionsexternen Patienten der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen Ostwestfalen-Lippes weniger als ein Prozent (Stand 2003, siehe Abbildung 16). Die Sicherung der regionsexternen Nachfrage ist daher für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Gegensatz zu den übrigen stationären Gesundheitseinrichtungen von entscheidender Bedeutung. Unter Zugrundelegung der Exportbasistheorie ist die wirtschaftliche Entwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von der Höhe der Dienstleistungsexporte – das heißt von der regionsexternen Nachfrage – abhängig. Durch die Sicherung bzw. Weiterentwicklung der Dienstleistungsexporte können darüber hinaus Einkommens- und Beschäftigungspotenziale innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe erschlossen werden (Maier/Tödtling 2002: 37-45). Dies begründet die besondere Bedeutung von überregionalen Kooperationen und Netzwerken zur Beeinflussung der regionsexternen Nachfrage, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

6.2.2 Überregionale Kooperationen und Netzwerke zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern

Kooperationen und Netzwerke mit regionsexternen Krankenhäusern können zu einer besseren Auslastung und zur Sicherung des Patientenzustroms der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe beitragen. Dies betrifft insbesondere diejenigen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Anschlussheilbehandlungen durchführen. Bei ihnen ergibt sich die besondere Bedeutung von Kooperationen mit Krankenhäusern daraus, dass sie den Krankenhäusern im Behandlungsablauf der Patienten nachgelagert sind und ihnen die Patienten durch die Krankenhäuser zugewiesen werden (Lüngen/Lauterbach 2004: 181). Für diese stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind Kooperationen mit Krankenhäusern vor dem Hintergrund entscheidend, dass Rehabilitationsleistungen zunehmend ambulant in Wohnortnähe angeboten werden.

Nach Aussage von Hartmann (2002: 156, 251) stellt die ambulante Rehabilitation insbesondere für Krankenhäuser aufgrund der räumlichen Nähe zwischen Wohn- und Behandlungsort ein zusätzliches Betätigungsfeld dar. Krankenhäuser werden daher für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zunehmend zum Wettbewerber. Da sie für die nachgelagerten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aber auch eine „Lieferantenfunktion“ übernehmen und bei der Überleitung der Patienten ein Vorschlagsrecht besitzen (Hartmann 2002: 156, 250), ist die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken mit ihnen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von entscheidender Bedeutung.

Die Zunahme ambulanter Rehabilitationsleistungen ist nach Aussage der befragten Experten zurzeit auch im Ruhrgebiet als wichtiges Einzugsgebiet der ostwestfälisch-lippischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beobachten. Kooperationen und Netzwerke mit Krankenhäusern, die im Ruhrgebiet ansässig sind, können daher zur Existenzsicherung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe beitragen. Sie führen dazu, dass die Patienten an nachgelagerte, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe weitergeleitet werden und diese mit einem bestimmten Patientenzustrom rechnen können. Dies ermöglicht den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eine bessere strategische Ausrichtung ihrer Leistungen. Durch eine bessere Auslastung sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in der Lage, in ihre Kernkompetenzen zu investieren und zusätzliche ambulante Rehabilitationsleistungen anzubieten. Solche

Kooperationen und Netzwerke sind aus Sicht der regionsexternen Krankenhäuser insbesondere dann zweckmäßig, wenn stationäre Rehabilitationsaufenthalte den ambulanten Rehabilitationsleistungen vorzuziehen sind. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Wohnortnähe aus therapeutischen Gründen vermieden werden soll. Eine Voraussetzung für solche Kooperationen und Netzwerke ist, dass die kooperierenden Einrichtungen ähnliche Spezialisierungen aufweisen, die auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder abzielen.

Krankenhäusern bieten sowohl regionale als auch überregionale Kooperationen mit stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen den Vorteil von Kosteneinsparungen. Nach Aussage der befragten Experten können Patienten, die nach der Akutversorgung eine Anschlussheilbehandlung benötigen, in Kooperationen schneller von nachgelagerten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übernommen werden, als es ohne Kooperationen der Fall wäre. Vertikale Kooperationen ermöglichen eine schnellere Abwicklung an den Schnittstellen innerhalb eines Behandlungspfades. Die Behandlung von Patienten, die eine Anschlussheilbehandlung benötigen, ist für Krankenhäuser kostenintensiver als für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Somit können die Krankenhäuser durch Kooperationen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Einsparungen erzielen. Darüber hinaus bieten Kooperationen Krankenhäusern den Vorteil, dass sie mit einem deutlich geringeren wirtschaftlichen Risiko behaftet sind als die Bereitstellung eigener Rehabilitationsleistungen (Messemer/Margreiter 2003: 159).

Daneben besteht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser die Möglichkeit, auf Grundlage von Kooperationsverträgen im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine Frührehabilitation anzubieten. Dies wäre durch den Einsatz mobiler Rehabilitationsteams möglich, die der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung angehören und einem bzw. mehreren Krankenhäusern je nach Bedarf zur Verfügung gestellt werden. Denkbar ist, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung dabei für die Investition aufkommen würde, während die Einsätze des Rehabilitationsteams durch die Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen finanziert werden könnten (Fuchs 2004: 196).

Kooperationen zwischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern ermöglichen somit Kosteneinsparungen durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen. Die Kooperationspartner haben die Möglichkeit, in Kernkompetenzen zu

investieren und dadurch wettbewerbsfähiger zu werden. Diese Vorteile sehen auch Messemer und Margreiter (2003: 151). Allerdings schätzen sie die Realisierung der wirtschaftlichen Vorteile bei unterschiedlichen Trägerschaften der Kooperationspartner als schwierig ein, da hierbei die finanziellen Einzelinteressen voneinander abweichen würden. Im Vergleich dazu zeigte sich bei den befragten Experten eine positivere Einstellung: Sie sind der Auffassung, dass die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes die Vorteile von Kooperationen erkannt haben und bemüht sind, Kooperationen in die Praxis umzusetzen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Kooperationen durch Vereinbarungen insofern abzusichern sind, dass eine faire Verteilung der Kosten und Erlöse zwischen den Kooperationspartnern sichergestellt wird (Näheres hierzu siehe Kapitel 6.3.2.2 Gestaltung von Kooperationsverträgen).

6.2.3 Integrierte Versorgung durch Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser

Den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern ermöglicht das Angebot von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung eine bessere Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Da zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen Einzelverträge abgeschlossen werden, haben die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Kooperationspartner die Möglichkeit, mit ihren Patienten spezielle Versorgungsangebote zu vereinbaren (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 127). Das Ziel der Krankenkassen ist es, ihren Versicherten über individuelle Vertragsvereinbarungen besonders attraktive Versorgungsangebote unterbreiten zu können. Daher haben diejenigen Leistungserbringer die besten Chancen, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, die sich im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen bereits überdurchschnittlich gut positioniert haben und damit über eine entsprechend gute Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen verfügen. Mit der Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken im Rahmen der integrierten Versorgung ist daher eine kontinuierliche Suche nach immer neuen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen zu verbinden (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 127).

Nach Aussage der befragten Experten verfügt die Region Ostwestfalen-Lippe über sehr hohe Kompetenzen in der stationären Versorgung, die durch ausgewiesene Spezialkliniken und eine Orientierung zur Hochleistungsmedizin sichergestellt werden. Allerdings befinden sich die Leistungserbringer und Kostenträger bei der Nutzung der

integrierten Versorgung – wie bereits in Abschnitt 6.1 beschrieben – erst in der Anfangsphase. Beide Seiten, sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger, haben zukünftig beim Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung mehr Engagement zu zeigen, damit Ostwestfalen-Lippe weiterhin eine leistungsfähige, innovative Gesundheitsregion bleibt. Das Engagement der Leistungserbringer sollte darin bestehen, Konzepte für innovative Kooperationsformen mit interessanten Leistungsangeboten für Patienten zu entwickeln. Aufgabe der Kostenträger ist es, Anreize für neue Kooperationsformen im Rahmen der integrierten Versorgung zu schaffen.

Die Entwicklung integrierter Versorgungsangebote ist insbesondere dann für Leistungserbringer interessant, wenn sie ähnliche Kernkompetenzen aufweisen. Sie haben die Möglichkeit, den Patienten eine sektorenübergreifende Behandlung spezieller Krankheitsbilder anzubieten. So wurden nach Expertenaussagen in Deutschland bisher überwiegend Integrationsverträge abgeschlossen, die auf bestimmte Krankheitsbilder zugeschnitten sind.

In Ostwestfalen-Lippe besteht bei Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in denjenigen medizinischen Bereichen, die in eine integrierte Versorgung einbezogen werden sollen, die Notwendigkeit, gemeinsam in die Forschung und Entwicklung zu investieren. Wie die schriftliche Befragung ergab, sind Kooperationen in der Forschung und Entwicklung, verglichen mit anderen Funktionsbereichen, eher schwach ausgeprägt (siehe Abbildung 23). Der Bedarf, gemeinsam an der Prozessoptimierung zu arbeiten, wird nach Aussage der Experten von den meisten Gesundheitseinrichtungen erst seit dem Jahr 2002 erkannt. Eine gemeinsame Prozessoptimierung zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kann zu einer besseren Kapazitätsauslastung und damit zu Kosteneinsparungen führen. Die gleichzeitige Auslagerung von Randbereichen trägt zu weiteren Kosteneinsparungen bei und ermöglicht eine Fokussierung auf Kernkompetenzen, wie in Abschnitt 5.3.4.1 dargestellt. Insbesondere bei kleineren Krankenhäusern der Grundversorgung mit bis zu 200 Betten und bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird die Umsetzung innovativer Kooperationsformen wie der integrierten Versorgung nach Aussage der Experten in den nächsten Jahren entscheidend zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen und damit zur Existenzsicherung beitragen.

Die tatsächliche Umsetzung der integrierten Versorgung in Ostwestfalen-Lippe hängt von ihrer Attraktivität für die Leistungserbringer und die versicherten Patienten ab. Für

die Leistungserbringer ist eine Teilnahme an der integrierten Versorgung umso interessanter, je mehr Patienten diese in Anspruch nehmen. Umgekehrt gewinnen integrierte Versorgungskonzepte für die Patienten an Bedeutung, je mehr Leistungserbringer an einem Netzwerk beteiligt sind und je vielfältiger die Angebote sind (Hartmann 2002: 159). Dies erfordert eine flächendeckende Umsetzung der integrierten Versorgung. Eine wesentliche Voraussetzung für eine flächendeckende Umsetzung ist nach Aussage von Fischer (Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW) ein integriertes Budget. Die für die Jahre 2004 bis 2006 vorgesehene Anschubfinanzierung sei für eine flächendeckende Umsetzung nicht ausreichend (Pressekonferenz des „2. Forums Gesundheit – Wirtschaft – Innovation NRW“ am 01.03.2005; zur Anschubfinanzierung siehe auch Abschnitt 3.4.1). Dieser Ansicht waren auch die befragten Experten: Eine Aufgabe im Rahmen der staatlichen Regulierung sei es, eine gesetzliche Grundlage für ein gemeinsames Budget zur integrierten Versorgung zu schaffen. Auch Hartmann (2002: 177) vertritt die Ansicht, dass eine gemeinsame Vergütung, z. B. für den Behandlungsprozess zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Integrationsbemühungen dieser beiden Sektoren beschleunigt.

Unter der Voraussetzung, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der oben beschriebenen Richtung weiterentwickelt werden, kann die integrierte Versorgung zur Profilierung der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe entscheidend beitragen. Durch eine frühe Realisierung der integrierten Versorgung auf breiter Ebene könnte die Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe zum Wegweiser für Nordrhein-Westfalen werden. Insbesondere in den Kurorten und Heilbädern Ostwestfalen-Lippes sind Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung anzustreben, soweit die Kernkompetenzen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Krankenhäuser aufeinander abgestimmt sind und dadurch die gemeinsame Behandlung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern erlauben.

6.2.4 Kooperationen und Netzwerke zwischen dem stationären und ambulanten Sektor

Neben Kooperationen und Netzwerken zwischen stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern – also innerhalb des stationären Sektors – sind Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern anzustreben. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Rehabilitation können sowohl stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als auch Krankenhäuser ihre Wettbe-

werbsfähigkeit stärken, wenn sie mit regionsexternen ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kooperieren, die im Einzugsgebiet der Region Ostwestfalen-Lippe ansässig sind. Nach Ansicht von Hartmann (2002: 181) haben vor allem stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nur dann eine Zukunft, wenn sie sich dem Angebot ambulanter Leistungen nicht verschließen. So können beispielsweise durch Kooperationen und Netzwerke mit ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Ruhrgebiet komplementäre Dienstleistungen angeboten und neue Geschäftsfelder erschlossen werden.

Neben den Kooperationen und Netzwerken zwischen stationären Gesundheitseinrichtungen und ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dienen auch Kooperationen und Netzwerke mit niedergelassenen Ärzten der Erweiterung des Leistungsspektrums und der Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. So ergaben die Expertenbefragungen, dass es in Ostwestfalen-Lippe zunehmend zur Ansiedlung von niedergelassenen Ärzten auf dem Krankenhausgelände kommt und dies von beiden Kooperationspartnern als Wettbewerbsvorteil angesehen wird (siehe auch Abschnitt 5.3.4.1).

Die Umsetzung weiterer Gestaltungsspielräume, die das GKV-Modernisierungsgesetz einräumt, befindet sich in Ostwestfalen-Lippe allerdings erst in der Anfangsphase. So wurde beispielsweise in Bad Salzuflen das erste Medizinische Versorgungszentrum zugelassen. Verträge zur integrierten Versorgung unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte wurden nach Aussage der befragten Experten bisher noch nicht abgeschlossen.

Die gemeinsame Beteiligung von stationären Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten an Verträgen zur integrierten Versorgung ist für die stationären Einrichtungen insofern von Vorteil, als hierdurch die niedergelassenen Ärzte in ihrer Funktion als Einweiser der Patienten an die stationären Einrichtungen gebunden werden (Jacobs/Schröder 2003: 108 f.). Die niedergelassenen Ärzte üben somit einen entscheidenden Einfluss auf die langfristige Auslastung der stationären Einrichtungen aus (Oberender/Hacker/Meder 2001: 254-257).

Ein weiterer Anreiz für Krankenhäuser, Verträge mit niedergelassenen Ärzten zur integrierten Versorgung abzuschließen, ist die Einführung des G-DRG-Systems. Die Vergütung nach Fallpauschalen setzt den Anreiz, Patienten möglichst frühzeitig zu

entlassen. Eine frühzeitige Entlassung setzt allerdings voraus, dass die Patienten eine qualifizierte ambulante Weiterbehandlung erfahren, die durch die Nachbehandlung an den Krankenhäusern aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im allgemeinen nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Die integrierte Versorgung mit niedergelassenen Ärzten ermöglicht eine adäquate ambulante Weiterbehandlung. Bei den Krankenhäusern, die eine integrierte Versorgung mit niedergelassenen Ärzten anstreben, ist allerdings ein Umdenken erforderlich. Konzepte der integrierten Versorgung erfordern, dass eine qualitativ höherwertige Versorgung und eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit für alle Beteiligten angestrebt wird. Eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit soll dadurch erreicht werden, dass (verhältnismäßig teurere) stationäre Behandlungen nach Möglichkeit durch ambulante Behandlungen ersetzt werden. Die beteiligten Krankenhäuser haben somit Umsatz- bzw. Gewinneinbußen hinzunehmen (Jacobs/Schröder 2003: 108 f.).

Nach Lünen und Lauterbach (2004: 180) war eine Win-win-Situation für die beteiligten Leistungserbringer bisher nicht herstellbar, ohne deren Gesamtbudget durch die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung zu erhöhen (Anschubfinanzierung siehe Kap. 3.4.1). Ihrer Meinung nach ist dies der ausschlaggebende Grund für das Scheitern der integrierten Versorgung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor. Bisher beschränkt sich die Umsetzung der integrierten Versorgung zwischen diesen beiden Sektoren in Deutschland lediglich auf wenige exemplarische Projekte, die auf das starke Engagement einzelner Personen zurückzuführen sind. Darüber hinaus geben die befragten Experten zu bedenken, dass sich die Qualitätsstandards der Leistungen des stationären und ambulanten Sektors unterscheiden und dies die Organisation der gemeinsamen Leistungserbringung erheblich erschwert.

Dieser Auffassung von Lünen und Lauterbach kann nur bedingt zugestimmt werden. Die Anschubfinanzierung trägt dazu bei, anfängliche Erschwernisse bei der gemeinsamen Organisation der integrierten Versorgung zu überbrücken. Sie kann jedoch nur eine Übergangslösung darstellen. Langfristig ist es Aufgabe der Leistungserbringer, durch die Teilnahme an der integrierten Versorgung Effizienzzuwächse zu schaffen, indem beispielsweise aktiv um die Teilnahme der Patienten an der integrierten Versorgung geworben wird. Die flächendeckende Umsetzung der integrierten Versorgung setzt voraus, dass der Gesetzgeber geeignete Finanzierungsinstrumente zur Verfügung stellt und darüber hinaus eine gesetzliche Grundlage für einheitliche Qualitätsstandards schafft. Diese Voraussetzungen werden ausschlaggebend dafür sein, ob Koope-

rationen und Netzwerke zwischen dem stationären und ambulanten Sektor im Rahmen der integrierten Versorgung in Ostwestfalen-Lippe zukünftig umgesetzt werden.

6.2.5 Kooperationen und Netzwerke mit Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft

Kooperationen und Netzwerke mit Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft sind insbesondere für Heilbäder und Kurorte erstrebenswert, da sie eine strategische Neuausrichtung des Leistungsangebotes ermöglichen. So können Kooperationen und Netzwerke der Gesundheitseinrichtungen mit Anbietern im Wellness-, Freizeit- und Tourismusbereich zur Entstehung innovativer Dienstleistungen führen. In der Verbindung von Gesundheits- und Tourismusangeboten wird zurzeit ein großes Wachstumspotenzial gesehen. Dies betrifft beispielsweise Angebote im Senioren- und Sporttourismus (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 2005: 49-52). Eine Neuausrichtung ist aufgrund der sich wandelnden Nachfrage notwendig: Die Bereitschaft steigt, privates Einkommen zur Verbesserung der Lebensqualität zu nutzen. So bietet es sich beispielsweise an, innerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe in Kooperation mit Wellness-Hotels gemeinsame Angebote für den Tourismus zu erstellen, die komplementäre Leistungen beinhalten und auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind. Für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Kurorten und Heilbädern sind darüber hinaus Kooperationen und Netzwerke mit Einrichtungen in den Ballungsgebieten Nordrhein-Westfalens erforderlich, um Nachfragepotenziale dieser Einzugsgebiete zu sichern (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 2005: 49-52).

6.2.6 Leistungsausrichtung der Region Ostwestfalen-Lippe

Aufgrund des starken Wettbewerbs der Kurorte und Heilbäder sind für die Nachfrager attraktive Gesundheitsleistungen zu identifizieren, durch die eine Differenzierung gegenüber der Konkurrenz möglich ist. So heißt es im Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 (2005: 50): „Nur durch Schwerpunktsetzung und Profilbildungen werden Heilbäder und Kurorte auf dem nationalen und internationalen Markt konkurrenzfähig werden und bleiben“. Dementsprechend verfolgen die Kurorte und Heilbäder der Region Ostwestfalen-Lippe das Ziel, sich mit ihren Kernkompetenzen von denen anderer Regionen abzuheben. Aufbauend auf diesen bestehenden Kernkompetenzen ist für die Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe ein Profil zu erarbeiten, das der Wettbewerbsfähigkeit aller regional ansässigen Gesundheitseinrichtungen zugute kommt.

Nach Messemer/Margreiter (2003: 150 f.) hängt die Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen in den Kurorten und Heilbädern nicht nur von der Wahl der Kernkompetenzen ab, sondern auch entscheidend davon, ob die Kernkompetenzen der Nachfrage entsprechen bzw. den Nachfrageänderungen angepasst werden können. Veränderungen wie die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und wachsende Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung bewirken eine starke Marktdynamik und erfordern eine kontinuierliche Anpassung der Leistungsausrichtung der Gesundheitseinrichtungen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung steigt insbesondere in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege der Bedarf an Gesundheitsleistungen. Präventive Angebote sind von Bedeutung, um den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen zur Behandlung von Erkrankungen zu vermindern, der mit der demografischen Entwicklung einhergeht (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: 26 f.). Im Bereich Prävention sind in Ostwestfalen-Lippe bereits neue Leistungsangebote entstanden. So wurde im Jahr 2004 ein „Kompetenznetzwerk Prävention“ gegründet, durch das die Kompetenzen in der Prävention weiter ausgebaut werden. Besondere Entwicklungschancen in der Prävention bestehen in den Heilbädern und Kurorten, deren Gesundheitseinrichtungen an der Arbeit des Kompetenznetzwerks beteiligt sind. Diese Zusammenarbeit ist in den kommenden Jahren zu intensivieren.

Rehabilitations- und Pflegeleistungen werden aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung zunehmend nachgefragt. Wie in Abschnitt 4.8 aufgezeigt wurde, stellen die über 74-jährigen bei diesen Leistungen die wichtigste Zielgruppe dar. Sie werden voraussichtlich bis zum Jahr 2017 über ein vergleichsweise hohes Rentenniveau verfügen. Auch die Senioren der Altersklasse der 65- bis 74-jährigen stellen eine wichtige Zielgruppe dar, deren Nachfrage bis zum Jahr 2009 zunehmen wird. Dies betrifft sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die von der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden, als auch privat zu zahlende Leistungen. Bei den 65- bis 74-jährigen handelt es sich mehrheitlich um kaufkräftige Nachfrager von Reisen und Wellness-Angeboten (Bezirksregierung Detmold 2003: 42, 44). Die Zunahme der Einpersonenhaushalte und die damit verbundenen fehlenden Versorgungsmöglichkeiten durch Familienmitglieder stellen einen weiteren Grund für die steigende Inanspruchnahme von Pflegeleistungen dar (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: 23).

Das Bedürfnis nach gesundheitlichem Wohlbefinden und mehr Lebensqualität sowie die steigende Bereitschaft, für Gesundheitsleistungen private finanzielle Mittel aufzuwenden, gehen mit höheren Ansprüchen an die Leistungen einher, wie in Abschnitt 3.2 aufgezeigt wurde. Dies erfordert von den Gesundheitseinrichtungen – insbesondere in den Kurorten und Heilbädern Ostwestfalen-Lippes – eine konsequente Ausrichtung des Leistungsangebotes an den individuellen Bedürfnissen der Nachfrager. Nach Aussage der befragten Experten sind zusätzliche Leistungen für privatzahlende Patienten zu erbringen. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe bieten Privatzahlern vor allem Wellness-Leistungen an, die dem Streben der Patienten nach Erholung und Erlebnissen entgegenkommen. Auch einige Krankenhäuser haben diesen Markt erkannt und stellen Privatzahlern Wellness-Leistungen zur Verfügung. Durch Kooperationen und Netzwerke mit den Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft, vor allem den Branchen Tourismus, Sport und Freizeit, Kosmetik, Ernährung sowie Gastronomie und Hotellerie können attraktive neue Dienstleistungspakete für Privatzahler geschaffen werden. Für diesen Markt werden große Wachstumschancen prognostiziert (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW 2005: 98).

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der steigenden Bereitschaft, für Gesundheitsleistungen private finanzielle Mittel aufzuwenden, werden insbesondere qualitativ hochwertige Leistungen, die sogenannte „Spitzenmedizin“, zunehmend an Bedeutung gewinnen (Hartmann 2002: 199-204). Sie werden in der Regel von hoch spezialisierten Kliniken – vor allem von Universitätskliniken – angeboten. Überregionale Kooperationen und Netzwerke der ostwestfälisch-lippischen Leistungserbringer mit Universitätskliniken können dazu beitragen, das Know-how und damit die Kernkompetenzen in Ostwestfalen-Lippe zu stärken und zu erweitern.

Bezüglich des Angebots neuer Dienstleistungen für Privatzahler ist Gesundheitseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe allerdings aufgrund der allgemein angespannten finanziellen Situation zu empfehlen, diese als Zusatzleistungen zum herkömmlichen Leistungsspektrum zu erbringen. Die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen weisen Spezialisierungen wie beispielsweise in der Herzchirurgie, Diabetesbehandlung, Allergologie, Epilepsie, Frauengesundheit, Orthopädie sowie der Tinnitus-therapie auf. Da die Gesundheitseinrichtungen bei der Gestaltung ihres Leistungsspektrums überwiegend eine Strategie der Marktnischenbesetzung verfolgen, wäre ein ausschließliches Angebot für Privatzahler mit einem hohen Risiko behaftet. Laut Hartmann (2002: 244 f.) erfordern die besonderen Ansprüche der Privatzahler hohe

Investitionen. Zudem ist ein besonders attraktiver Standort oder ein anderes Alleinstellungsmerkmal eine zwingende Voraussetzung für ein erfolgreiches Angebot, da in diesem Markt ein starker Konkurrenzdruck durch in- und ausländische Wellness-Hotels, zumeist in Meerlage, besteht. Allerdings gibt es Ausnahmen: So positioniert sich das Gräfliche Parkhotel in Bad Driburg erfolgreich im Segment der gehobenen Wellness- und Beautyangebote für Privatzahler.

Erweiterungen des Leistungsspektrums für Kassenpatienten oder für Privatzahler zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit erfordern Investitionen, die aufgrund der angespannten finanziellen Situation der Gesundheitseinrichtungen in den Heilbädern und Kurorten häufig nicht ohne weiteres zu leisten sind. Umso wichtiger ist deren Engagement in Kooperationen und Netzwerken. Sie ermöglichen die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Für die Profilierung der Region Ostwestfalen-Lippe als Gesundheitsregion mit einem umfassenden Versorgungsangebot in den vorhandenen Kernkompetenzen ist es von großer Bedeutung, dass eine regionale Abstimmung des Leistungsangebotes und eine Vermarktung auf regionaler und überregionaler Ebene erfolgt. Dazu bedarf es einer Vernetzung unterschiedlicher Akteure der Gesundheitswirtschaft: Gesundheitseinrichtungen, Hersteller von Gesundheitsprodukten, Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie staatliche Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungseinrichtungen. Aufgrund der Größe einer solchen Vernetzung ergibt sich die Notwendigkeit der Koordination durch ein Netzwerkmanagement, das sich beispielsweise aus Vertretern der unterschiedlichen Einrichtungen zusammensetzen könnte.

Einer Abstimmung des Leistungsangebotes auf regionaler Ebene kann der Weg geebnet werden, indem bereits im Vorfeld eine Abstimmung innerhalb der einzelnen Kurorte und Heilbäder Ostwestfalen-Lippes, also auf lokaler Ebene, erfolgt. Auch lokale Vernetzungen der Akteure der Gesundheitswirtschaft sind durch ein Netzwerkmanagement, das beispielsweise die örtliche Wirtschaftsförderung oder die Kommunalverwaltung übernimmt, zu koordinieren.

Für die Abstimmung des Leistungsangebotes bieten sich verschiedene Modelle der Strategieplanung an. Eines der am häufigsten eingesetzten Instrumente der strategischen Planung stellt die Portfolio-Analyse dar. Sie ermöglicht es, komplexe Sachverhalte gedanklich zu strukturieren und zu visualisieren. Bei der Portfolio-Analyse wer-

den die Leistungen bzw. Produkte der Unternehmen als Portfolio aufgefasst (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 102 f., 118).

Als bekannteste Variante der Portfolio-Analyse gilt das Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio der Boston Consulting Group. Dieses Portfolio beruht hauptsächlich auf dem Produkt-Lebenszyklus und dem Erfahrungskurven-Konzept und lässt sich daher vor allem bei strategischen Planungen im produzierenden Gewerbe anwenden (Näheres hierzu siehe Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 120-138). Eine analoge Anwendung des Modells bei der strategischen Planung der Leistungsausrichtung von Kurorten und Heilbädern ist unter Einschränkung möglich, wenn lediglich eine Illustration des Leistungsangebotes beabsichtigt ist. Das Modell kann insofern dazu beitragen, sich mit der Zukunft der Kurorte und Heilbäder auseinander zu setzen.

Beim Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio der Boston Consulting Group werden die Leistungen in einer Vier-Felder-Matrix abgebildet und hinsichtlich der beiden Dimensionen Marktanteil und Marktwachstum unterschieden (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 138-143). Die Boston Consulting Group stellt den Marktanteil auf der horizontalen Achse und das Marktwachstum auf der vertikalen Achse dar. Bei beiden Dimensionen wird unterschieden, ob sie eine hohe oder niedrige Ausprägung sitzen. Die Dimensionen sind somit dichotom. Die Boston Consulting Group nimmt die Aufteilung der Felder in der Weise vor, dass ein hoher Marktanteil auf der linken Seite und ein niedriger Marktanteil auf der rechten Seite der horizontalen Achse eingetragen wird. Ein niedriges Marktwachstum wird auf dem unteren Teil der vertikalen Achse eingetragen, während ein hohes Marktwachstum auf dem oberen Teil der vertikalen Achse eingetragen wird. Durch zwei Linien wird eine Aufteilung des Portfolios in vier gleich große Felder vorgenommen.

Sämtliche Leistungen, die in einem Kurort oder Heilbad angeboten werden, lassen sich in die vier Felder dieser Matrix in Form von Punkten eingruppieren. Dies ermöglicht es, das Angebot in seiner Gesamtheit zu visualisieren. Dazu sind in einem ersten Schritt sämtliche Leistungen zu erfassen, die die Gesundheitseinrichtungen des Kurortes/Heilbades anbieten, z. B. therapeutische, rehabilitative, pflegerische und präventive Leistungen sowie Wellness-Leistungen. Anschließend ist eine Beurteilung des Marktanteils und des Marktwachstums der einzelnen Leistungen vorzunehmen, wobei der Rat von Experten hinzu zu ziehen ist. Der Marktanteil kann als Quotient aus dem Marktanteil des Kurortes/Heilbades und jenem des stärksten konkurrierenden Kuror-

tes/Heilbades dargestellt werden. Nach Auffassung von Nieschlag/Dichtl/Hörschgen (2002: 138 f.) erscheint dieser Quotient besser als der absolute Wert dafür geeignet zu sein, die Wettbewerbssituation widerzuspiegeln. Beispielsweise besitzen Wellness-Leistungen nach Aussage der Experten zurzeit ein hohes Marktwachstum, sodass sie sich je nach Wettbewerbssituation des Kurortes/Heilbades unter die „Stars“ oder „Question marks“ eingruppierten lassen. Ist der Marktanteil des Kurortes/Heilbades bei den Wellness-Leistungen hoch, so wird im Feld der „Stars“ ein Punkt eingezeichnet. Die Platzierung des Punktes kann innerhalb des Feldes „Stars“ willkürlich geschehen, da die beiden Achsen lediglich in die Ausprägungen „hoch“ und „niedrig“ unterteilt sind und keine weitere Abstufung erfolgt.

Je nach Bedeutung der Leistungen für die Kurorte und Heilbäder können die Punkte in verschiedenen Größen dargestellt werden, um eine mögliche Unausgewogenheit des Portfolios optisch hervorzuheben. Die Bedeutung der Leistungen kann anhand verschiedener Kriterien gemessen werden, beispielsweise anhand des Umsatzanteils. Besitzen beispielsweise die Wellness-Leistungen einen hohen Anteil am Gesamtumsatz aller im Kurort/ Heilbad erbrachten Leistungen der dort ansässigen Gesundheitseinrichtungen, so kann der zugehörige Punkt verhältnismäßig groß eingezeichnet werden.

Anhand des Marktwachstum-Marktanteil-Portfolios lassen sich für die Kurorte und Heilbäder zwei grundlegende Empfehlungen ableiten: zum einen der Ausbau des Marktanteils, zum anderen die Bevorzugung von Märkten mit Wachstum. Die Möglichkeiten, den Marktanteil auszubauen, sind im Zusammenhang mit den jeweiligen Nachfrageänderungen zu beurteilen. Je nachdem, in welches der vier Felder die Leistungen eingeordnet werden, lassen sich verschiedene Handlungsstrategien ableiten. Die vier Felder des Portfolios werden von der Boston Consulting Group anschaulich als „Stars“, „Question marks“, „Cash cows“ und „Dogs“ bezeichnet (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 138-143):

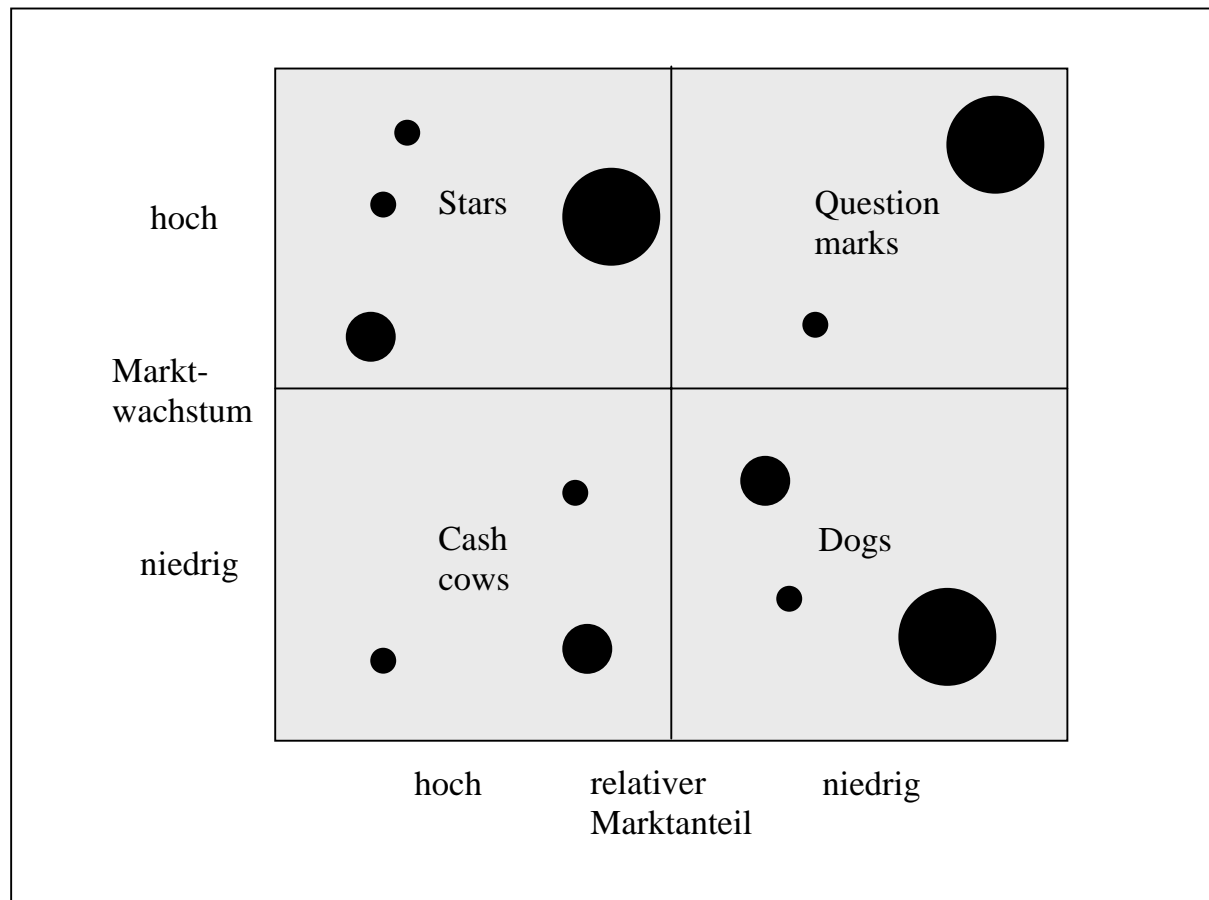
- Bei den „Stars“ handelt es sich um Leistungen, die im allgemeinen Gewinne hervorbringen, in die aber auch zur Sicherung und Verbesserung der Marktposition weiterhin zu investieren ist.
- Die „Question marks“ sind Nachwuchs-Leistungen, die ein starkes Wachstum vermuten lassen, aber erst einen geringen Marktanteil aufweisen. Bei ihnen ist eine Ausweitung des Marktanteils anzustreben, um auch in Zukunft ertragreiche Leistungen im Portfolio zu haben. Allerdings ist hierbei genau zu überprüfen, inwie-

weit die Ausweitung des Marktanteils wirtschaftlich vertretbar erscheint, da sie nicht ohne Risiko ist.

- Bei den „Cash cows“, den „Melkkühen“, handelt es sich um Leistungen, bei denen aufgrund ihres hohen Marktanteils von Kostenvorteilen profitiert werden kann. Mit ihnen lassen sich Gewinne erwirtschaften, die in die „Stars“ oder „Question marks“ investiert werden können. Grundsätzlich sollte der Anteil der „Cash cows“ im Portfolio so hoch sein, dass die Kurorte und Heilbäder damit längerfristig über die nötigen finanziellen Mittel verfügen, um in „Stars“ und „Question marks“ investieren zu können.
- Die „Dogs“ haben weder einen hohen Marktanteil, noch ist bei ihnen ein weiteres Marktwachstum zu vermuten. Soweit sie noch Gewinne abwerfen, empfiehlt es sich, diese in den Ausbau anderer Leistungen zu investieren. Ansonsten sind die „Dogs“ längerfristig abzubauen.

Ein Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio könnte folgendermaßen aufgebaut sein:³³

Abb. 29 Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio



Quelle: Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 140

³³ Bei diesem Beispiel erfolgte die Platzierung der Punkte willkürlich.

Für die strategische Planung der Leistungsausrichtung der Kurorte und Heilbäder stellt das Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio ein hilfreiches und einfach handhabbares Instrument dar. Da sich die beiden Dimensionen Marktanteil und Marktwachstum in der Regel ohne großen Aufwand erfassen lassen, ist eine schnelle und einfache Einordnung der Leistungen in die Matrix möglich.

Als nachteilig könnte angesehen werden, dass die Boston Consulting Group bei den Dimensionen nur eine einfache Unterscheidung in „hoch“ und „niedrig“ ohne weitere Abstufungen vornimmt. Hier bietet es sich an, eine genauere Abstufung in Form einer Ordinalskala vorzunehmen, bei der es beispielsweise fünf Abstufungen gibt. Auf diese Weise wäre es möglich, die einzelnen Leistungen genauer zu platzieren und dementsprechend stärker differenzierte Handlungsstrategien abzuleiten. Auch die vier genannten Handlungsstrategien stellen nur grundsätzliche Empfehlungen dar und sind im Anschluss weiter zu differenzieren. Es ist zu berücksichtigen, dass neben dem Marktanteil und dem Marktwachstum weitere Kriterien eine wichtige Rolle spielen können, beispielsweise die Investitionsintensität (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 2002: 142 f.). Durch die Einbeziehung von Experten bei der gemeinsamen strategischen Planung lassen sich diese Kriterien identifizieren und in die Überlegungen einbeziehen.

Das Marktwachstum-Marktanteil-Portfolio dient somit den beteiligten Akteuren der Gesundheitswirtschaft dazu, sich über das gesamte Leistungsangebot ihres Kurortes/Heilbades bewusst zu werden und darauf aufbauend gemeinsam Handlungsstrategien zu entwickeln. Eine gemeinsame Entwicklung von Handlungsstrategien bringt den Vorteil mit sich, dass im allgemeinen eine breite Akzeptanz durch die Beteiligten erreicht wird. Bei der anschließenden Umsetzung der Handlungsstrategien sind die besonderen Bedingungen zu berücksichtigen, die in den Kurorten und Heilbädern vorzufinden sind. Der Handlungsspielraum eines Ortes hängt beispielsweise entscheidend von dessen Investitionsvolumen ab. Konkrete Empfehlungen für eine Umsetzung erfordern daher weiterführende Untersuchungen über die Leistungspotenziale der Kurorte und Heilbäder in Ostwestfalen-Lippe.

6.2.7 Marketing für die Region Ostwestfalen-Lippe

Aufbauend auf der gemeinsamen Leistungsausrichtung innerhalb der Kurorte und Heilbäder ist ein gemeinsames Marketing für die Region Ostwestfalen-Lippe als Gesundheitsregion anzustreben, um deren Wettbewerbsposition zu sichern bzw. zu verbessern. Ein solches Marketing ist überaus wichtig, da die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen regionsexterne Kooperationspartner eher gewinnen können, wenn Ostwestfalen-Lippe als Gesundheitsregion eine hohe Attraktivität besitzt und Alleinstellungsmerkmale aufweist. Insbesondere für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sei die Vermarktung vor dem Hintergrund „überlebensnotwendig“, dass um Krankenhäuser als Direktzuweiser ein regelrechter Wettbewerb besteht. So sind Messemer/Margreiter (2003: 156 f.) der Auffassung, dass sich die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen klar positionieren und Krankenhäuser von der Qualität ihres Angebots überzeugen müssen, da für die Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und ein reibungsloser Prozessablauf im Vordergrund stehen.

Die schriftliche Befragung ergab, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen diejenigen Gesundheitseinrichtungen sind, die, verglichen mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, am stärksten um Patienten werben. Dies betrifft sowohl die Werbung um Privatpatienten als auch die Werbung um Kassenpatienten (siehe „*Überregionale Attraktivität der Leistungen*“ in Abschnitt 5.3.2). Bei der Werbung um Kassenpatienten besteht die Besonderheit, dass dadurch mehrere Beteiligte angesprochen werden sollen, die an der Vergabe der Leistungen beteiligt sind. Beispielsweise stellt der Hausarzt die Notwendigkeit einer Rehabilitation fest und empfiehlt eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung, wobei der Patient seinen Einfluss geltend machen kann. Der Sozialdienst organisiert die Überleitung des Patienten in eine geeignete Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung und der Kostenträger, das heißt die Renten- oder Krankenversicherung, bewilligt die Leistung (Hartmann 2002: 217).

Nach Meinung der Experten bemühen sich auch immer mehr Krankenhäuser um die Vermarktung ihrer Zusatzleistungen für Privatzahler. Allerdings erfolgte die Vermarktung durch die Leistungserbringer bisher weitgehend „im Alleingang“, was zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der gesamten Region nach Aussage der Experten nicht ausreicht. Auch privatzahlende Patienten können leichter gewonnen werden, wenn es ein gemeinsames Marketing für die gesamte Region Ostwestfalen-Lippe gibt.

Zur Vermarktung der Region Ostwestfalen-Lippe können die mitwirkenden Einrichtungen sowohl horizontal als auch vertikal kooperieren. Eine Vorbildfunktion für ein funktionierendes Netzwerk nimmt die Initiative „TeutoWellness 50plus“ ein, die als Kooperationsprojekt des Teutoburger Wald Tourismus (TWT) e.V., des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG) und diversen Anbietern im Jahr 2002 ins Leben gerufen wurde. Bei den fast 50 Anbietern handelt es sich um Hotels und Pensionen, Wellness- und Freizeiteinrichtungen sowie Anbietern von Touristen-Informationen (TWT 2005). Die Initiative dient der Vermarktung der Region für den Gesundheitstourismus durch Senioren. Im Wellness- und Gesundheitsbereich werden gemeinsam touristische Potenziale erschlossen (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0; 2005: 100).

Als weiteres Beispiel für eine gemeinsame Vermarktung der Region ist die Kooperation der „Bauernbäder am Teutoburger Wald“ zu nennen, die nicht nur für ihre Einrichtungen werben, sondern zur Vermarktung des Gebiets Teutoburger Wald (als Teil von Ostwestfalen-Lippe) beitragen, indem sie die für das Gebiet typischen Charakteristika hervorheben. Diese Kooperation wird in Abschnitt 6.4.3 als Fallbeispiel vorgestellt. Sie werben beispielsweise auf Gesundheitsmessen, mit Flyern und über Internetseiten um Privatpatienten, was in der Region Ostwestfalen-Lippe bei Kooperationen bisher unüblich ist. Die Nutzung neuer Vertriebswege hat sich hier als erfolgreich gezeigt. Auch für Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen der Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft, wie z. B. Wellness-Hotels, die Privatpatienten bzw. -gäste behandeln und dabei ähnliche Zielgruppen ansprechen, bieten sich Kooperationen zur gemeinsamen Vermarktung ihrer Leistungen an.

Zur Unterstützung von regionsübergreifenden Kooperationen und Netzwerken dient das Projekt „Heilbäder zukunftsfähig machen: Brückenschläge“. Hierbei wird die Zusammenarbeit zwischen ostwestfälisch-lippischen Heilbädern und Gesundheitseinrichtungen in anderen Regionen, vor allem im Rhein-Ruhr-Raum, gefördert. Dies betrifft insbesondere Gesundheitseinrichtungen, bei denen aufgrund ähnlicher Spezialisierungen eine Weiterleitung der Patienten in größerer Entfernung zu deren Wohnort sinnvoll erscheint (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0; 2005: 98).

Zur Vermarktung der Region sind weitere Initiativen und Projekte dieser Art vor dem Hintergrund erforderlich, dass die mit einer Vermarktung verbundenen Potenziale nach Expertenaussagen bereits auch die an Ostwestfalen-Lippe angrenzenden Regio-

nen erkannt haben. Sie bemühen sich zunehmend um die Vermarktung ihrer Gesundheitsleistungen und treten damit in einen stärkeren Wettbewerb zur Region OWL. Weitere Initiativen und Projekte könnten auf die Behandlung verschiedener Zielgruppen oder Krankheitsbilder ausgerichtet sein. Für die Mitwirkung an einem gemeinsamen Marketing eignen sich Gesundheitseinrichtungen, die ähnliche Spezialisierungen aufweisen. An jeder Kooperation bzw. jedem Netzwerk sollten Gesundheitseinrichtungen beteiligt sein, die bereits Kooperationserfahrungen vorweisen können und mit möglichen Schwierigkeiten umgehen können. Ein gemeinsames Marketing der Heilbäder und Kurorte und insbesondere ganzer Regionen erweist sich in der Regel als schwierig, da sie ein großes Leistungsbündel umfassen, an dem eine Vielzahl von Akteuren mitwirken. Die Zusammenarbeit ist daher von Experten zu managen. Oberstes Ziel der Manager sollte es sein, eine möglichst hohe Identifizierung der beteiligten Akteure mit der entwickelten Konzeption zu erreichen (Bleile 1995: 75).

Die genannten Handlungsempfehlungen werfen die Frage auf, unter welchen Voraussetzungen Kooperationen und Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe funktionieren können und welche Erfolgsfaktoren dazu beitragen, dass sie erfolgreich realisiert werden können. Dieser Frage wird im folgenden Abschnitt 6.3 nachgegangen.

6.3 Implementierung von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft: Das Kooperationsphasen-Modell

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, unter welchen Voraussetzungen Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft entwickelt werden und welche Faktoren dazu beitragen, dass sie langfristig erfolgreich sind. Dabei werden Kooperationen und Netzwerke aus der Perspektive der Leistungserbringer betrachtet. Die folgenden Ausführungen besitzen für Kooperationen und Netzwerke Gültigkeit, allerdings werden der Einfachheit halber nur Kooperationen genannt.

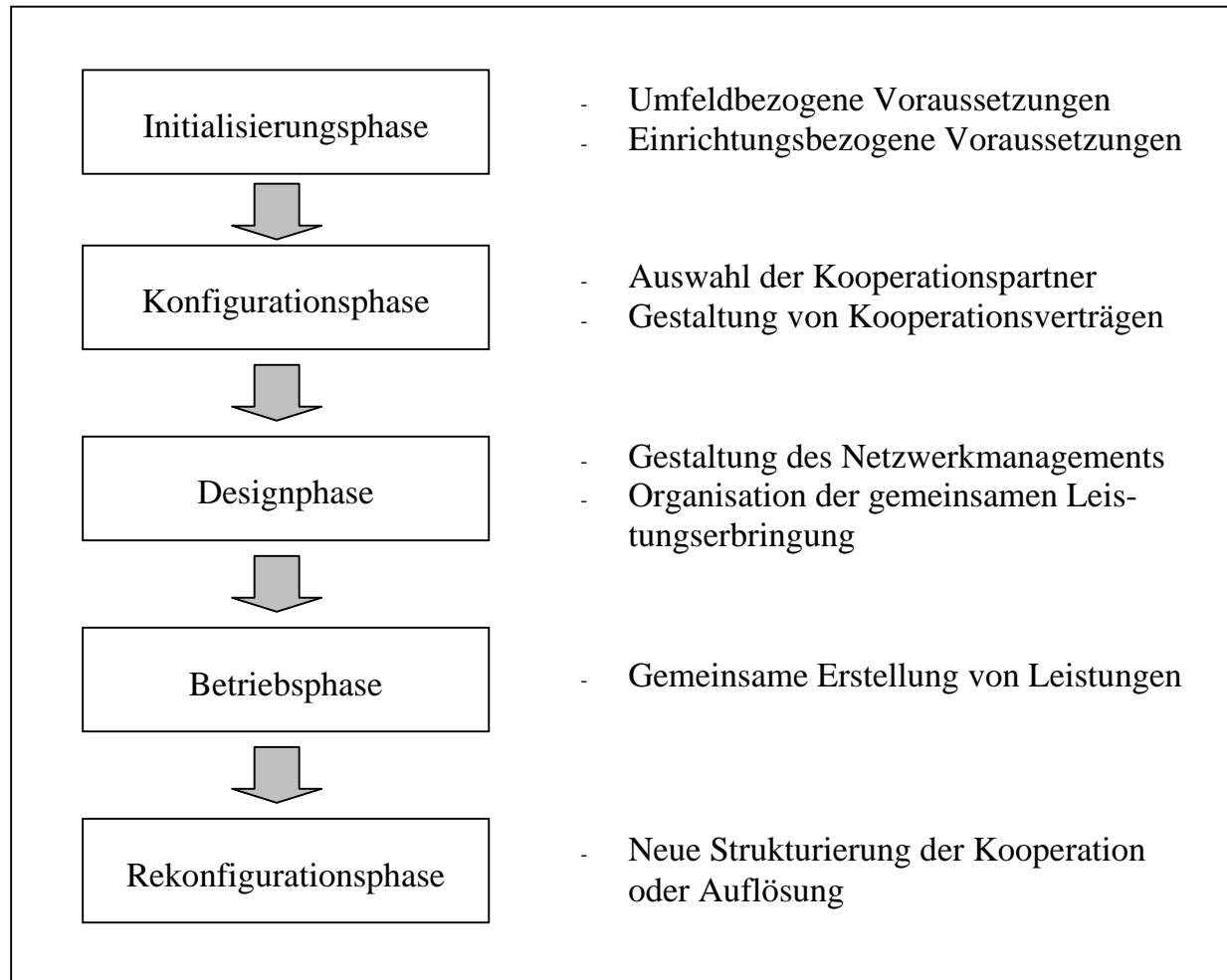
Nach Balling (1998: 92 f.) sind in einem ersten Schritt die Voraussetzungen für die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken zu ermitteln. Dabei sind unterschiedliche Differenzierungen der Voraussetzungen möglich. Balling unterscheidet zwischen Voraussetzungen, die sich durch das Umfeld ergeben, und Voraussetzungen, die die potenziellen Kooperationspartner mitzubringen haben. Übertragen auf Kooperationen in der Gesundheitswirtschaft besteht das Umfeld aus dem Staat, der gesetzliche Vorgaben schafft, den übrigen Leistungserbringern, die die Wettbewerbssituation beeinflussen, den Kostenträgern, die Kooperationsverträgen zustimmen oder sie ablehnen, und aus den Nachfragern. Darüber hinaus haben auch die Leistungserbringer einige Voraussetzungen für die Teilnahme an Kooperationen zu erfüllen. In Abschnitt 6.3.1 werden diese Voraussetzungen näher erläutert.

Sind die entsprechenden Voraussetzungen gegeben, ist festzustellen, welche Faktoren zum erfolgreichen Bestehen von Kooperationen beitragen. Mit „Erfolgsfaktoren“ werden die Schlüsselgrößen für die Erzielung von Wettbewerbsvorteilen bezeichnet (Aaker 1989: 26; Hahn/Gräb 1989: 211; Hoffmann 1986: 831 f.). Wettbewerbsvorteile sind besondere Leistungen der Gesundheitseinrichtungen, die sich aus Perspektive der Patienten auf wesentliche Merkmale beziehen, die zur Inanspruchnahme der Leistungen führen. Darüber hinaus können diese Leistungen nicht kurzfristig von Konkurrenten imitiert werden (Simon 1987: 368). Demnach beinhaltet die Orientierung der Gesundheitseinrichtungen an Erfolgsfaktoren nicht nur ihre Besserstellung gegenüber Wettbewerbern, sondern auch die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Nach Pümpin (1992: 28) tragen Erfolgsfaktoren nicht nur kurzfristig sondern langfristig dazu bei, dass die kooperierenden Gesundheitseinrichtungen Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren Konkurrenten erzielen. Diese auf einen größeren Zeitraum bezogene Definition ist für Kooperationen besser geeignet, da Kooperationsverträge in der Regel langfristig geplant und entsprechend abgeschlossen werden. Im Folgenden wird der

Frage nachgegangen, welche Erfolgsfaktoren auf Kooperationen und Netzwerke Einfluss haben.

Für die systematische Darstellung der Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren wird die zeitliche Abfolge von Kooperationen in verschiedene Phasen untergliedert. Während Balling (1998: 92) ein dynamisches Wirkungsmodell aufstellt, das nur eine grobe Untergliederung in die drei Stufen Voraussetzungen, Umsetzung und Ergebnisse beinhaltet, zeigt Mühlbacher (2004: 100-107) mögliche Vorgehensweisen bei Kooperationen anhand eines dynamischen Modells auf, das insgesamt fünf Kooperationsphasen umfasst: Initialisierungs-, Konfigurations-, Design-, Betriebs- und Rekonfigurationsphase. Diese Phasen erlauben eine tiefergehende Strukturierung und dienen daher als Grundlage für die weiteren Ausführungen. Es wird dargestellt, in welcher Phase welche Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren eine Rolle spielen. Nach Mühlbacher (2004: 100) hat der Verlauf der einzelnen Phasen einen großen Einfluss auf den Erfolg von Kooperationen. Er gibt dabei zu bedenken, dass „die geschilderten Entwicklungsabschnitte nicht sequentiell durchlaufen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich die einzelnen Abschnitte überlappen oder sich einzelne Entwicklungsphasen wiederholen“ (siehe auch Bronder/Pritzel 1992: 78 f.).

Abb. 30 Kooperationsphasen



Quelle: eigene Darstellung

6.3.1 Initialisierungsphase

Entsprechend dem Modell von Mühlbacher (2004: 100-104) beginnt der Lebenszyklus von Kooperationen mit der Initialisierungsphase. Kooperationen können aufgrund von Änderungen im Umfeld der Gesundheitseinrichtungen entstehen, z. B. aufgrund von Änderungen der Wettbewerbssituation. Voraussetzung ist, dass deren Auswirkungen von den Einrichtungen erkannt und bei ihrer strategischen Planung berücksichtigt werden. Auch der Wille, die Versorgung der Patienten zu verbessern, kann dazu führen, dass Kooperationen entstehen (Mühlbacher 2004:100 f.). Eine bessere Gesundheitsversorgung führt in der Regel zu einer Steigerung der Nachfrage, wodurch wiederum die Wettbewerbssituation verbessert wird. Um kooperieren zu können, müssen die Einrichtungen bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Diese Voraussetzungen entscheiden auch darüber, ob die Einrichtungen selbst eine Kooperation gründen oder einer bestehenden Kooperation beitreten.

Abb. 31 Voraussetzungen in der Initialisierungsphase

- Umfeldbezogene Voraussetzungen in der Gesundheitswirtschaft:
 - Staat (Gesetzgebung)
 - Leistungserbringer
 - Kostenträger
 - Nachfrager

- Einrichtungsbezogene Voraussetzungen:
 - Wettbewerbsfähigkeit
 - Strategische Planung der Kooperation(en), z. B. Kosten-Nutzen-Analyse
 - Kooperationsbereitschaft des Managements und der Mitarbeiter
 - Anpassungsfähigkeit an die Kooperationspartner

Quelle: eigene Darstellung

6.3.1.1 Umfeldbezogene Voraussetzungen für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken

Wie bereits in Abschnitt 2.5 beschrieben, führten in den 1990er Jahren verschiedene Faktoren zu starken Ausgabensteigerungen in der Gesundheitswirtschaft. Gleichzeitig traten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite bei der Versorgung auf, deren Ursache vor allem in der Trennung des ambulanten und stationären Sektors gesehen wird. Aufgrund dieser Entwicklungen setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die bisherige Versorgungssteuerung durch den Staat (z. B. zentrale Bedarfsplanung, sektorale Ausgabenbudgets) zugunsten größerer Handlungsspielräume der Akteure in der Gesundheitswirtschaft eingeschränkt werden sollte (Jacobs/Schröder 2003: 103). Solche Handlungsspielräume wurden durch die Gesetzgebung zur integrierten Versorgung am 01.01.2004 mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz geschaffen. Sie erlauben den Leistungserbringern unter bestimmten Voraussetzungen den Abschluss individueller Verträge mit den Kostenträgern.

Mit den gesetzlichen Änderungen ist die Erwartung verbunden, dass sie zum einen zu mehr Anbieterwettbewerb unter den Leistungserbringern und zum anderen zu mehr Vertragswettbewerb³⁴ unter den Kostenträgern führen. Der stärkere Wettbewerb soll gleichzeitig zur Entstehung von mehr Kooperationen und Netzwerken bei der Erstel-

³⁴ Mit Vertragswettbewerb ist der Wettbewerb der Krankenkassen in der Gesetzlichen Krankenversicherung gemeint.

lung von Gesundheitsleistungen führen und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern (Ebsen u. a. 2003: 4 f.; Jacobs/Schräder 2003: 103).

Vor allem im Krankenhausbereich stellte sich bereits ein verstärkter Wettbewerb aufgrund der Anpassungen an das neue Vergütungssystem (Fallpauschalen) und der damit verbundenen Einsparungen ein, der vermutlich in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird: „Bei zunehmender Leistungsverdichtung und Effizienzsteigerung ist ein steigender Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten zu erwarten, da diese versuchen werden, die durch Verweildauerverkürzung frei werdenden Bettenkapazitäten durch neue Fälle zu füllen“ (Roeder u. a. 2004: 704). Zwar gibt es zwischen Krankenhäusern aufgrund des neuen Vergütungssystems mit einer einheitlichen Vergütung in Form von Fallpauschalen keinen Preiswettbewerb mehr, jedoch verstärkt sich der Mengen- und Qualitätswettbewerb. Es zeichnet sich ab, dass Krankenhäuser immer häufiger versuchen, bessere Kapazitätsauslastungen durch Kooperationen, Netzwerke und Fusionen zu erreichen.

Nach Aussage der Experten nimmt der Wettbewerb nicht nur zwischen den Krankenhäusern zu, sondern auch unter den übrigen Gesundheitseinrichtungen. Kooperationen und Netzwerke werden von allen Gesundheitseinrichtungen als Möglichkeit angesehen, dem zunehmenden Wettbewerbsdruck standzuhalten. Die Kooperations- und Integrationstendenzen werden sich unter den Bedingungen eines verschärften Wettbewerbs voraussichtlich fortsetzen (Jacobs/Schräder 2003: 109). Kooperationen und Netzwerke dienen den Leistungserbringern dazu, sich in dem sich ändernden Wettbewerbsumfeld zu positionieren. Das gemeinsame Leistungsangebot ist dabei auf die zukünftige Nachfrage abzustimmen, langfristig zu planen und in kleinen Schritten neu auszurichten, um das damit verbundene ökonomische Risiko möglichst gering zu halten. Der damit einhergehende Anpassungsbedarf der Leistungserbringer geht nach Ansicht von Hensen u. a. (2004: 88) weit über ihren Erneuerungswillen der letzten Jahre hinaus.

6.3.1.2 Einrichtungsbezogene Voraussetzungen für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken

Gesundheitseinrichtungen, die eine Gründung oder einen Beitritt zu Kooperationen bzw. Netzwerken in Erwägung ziehen, erreichen die von ihnen angestrebten Ziele unter bestimmten Voraussetzungen: wenn sie die Anforderungen, die an potenzielle Partner gestellt werden, auch selbst erfüllen. Für das Angebot integrierter Leistungen in Kooperationen bzw. Netzwerken verschiedener Gesundheitseinrichtungen sind im Vorfeld umfangreiche strategische Planungen erforderlich, für die entsprechende personelle Kapazitäten benötigt werden. Neben einer eingehenden Bestandsaufnahme der eigenen Leistungsfähigkeit und des Angebotsspektrums dient eine Umfeldanalyse dazu, insbesondere die Auswirkungen des neuen, integrierten Leistungsangebotes auf die Wettbewerbsfähigkeit einschätzen zu können (DKG 2004 a: 12). (Wenn im Folgenden von Kooperationen gesprochen wird, sind Netzwerke ebenfalls gemeint.)

Diese Planungen sind mit einer vorläufigen Kosten-Nutzen-Analyse zu verbinden. Je genauer die Kalkulationen sind, die sie enthält, desto geringer ist das Kooperationsrisiko, das die Gesundheitseinrichtungen eingehen. Die Kosten-Nutzen-Analyse sollte ergeben, dass die angestrebte Kooperation unter den verschiedenen strategischen Optionen die Option mit der langfristig größten Gewinnerwartung ist (unter der Berücksichtigung etwaiger Risiken). Wenn dies nicht zutrifft, ist die Wahrscheinlichkeit relativ groß, dass die Gesundheitseinrichtungen ihre Kooperationsentscheidungen bereits in der Anfangsphase revidieren (Balling 1998: 97).

Da Kooperationen in der Regel erst langfristig zum Erfolg und damit zu einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit führen, ist es sinnvoll, wenn eine langfristige Sichtweise bzw. Erfolgserwartung entsprechend der Aussage von Moss Kanter (1994: 102) im Vordergrund steht: „Many relationships die an early death when they are scrutinized for quick returns“.

Um eine langfristige Erfolgserwartung aufzubauen, benötigen die Gesundheitseinrichtungen – d. h. sowohl das Management als auch die Mitarbeiter – eine positive Grundeinstellung gegenüber Kooperationen, deren Einfluss auf den Kooperationserfolg nicht zu unterschätzen ist (Balling 1998: 98). Sie ist umso eher vorhanden, je öfter die Gesundheitseinrichtungen bereits im Vorfeld positive Erfahrungen mit Kooperationen gesammelt haben. Positive Erfahrungen erleichtern die Organisation und den Umgang mit möglichen Problemen. Darüber hinaus führen sie zum Abbau von Konkurrenzden-

ken, das häufig ein Grund für mangelnde Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen ist. Dies gilt sowohl für horizontale als auch für vertikale Kooperationen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (Becker/Hensgen 2000: 276).

Nicht nur eine positive Grundeinstellung und gute Erfahrungen mit bisherigen Kooperationen sind von Bedeutung, sondern auch die persönliche und fachliche Kompetenz aller Beteiligten. Vor allem das Management hat Verständnis für Kooperationsstrukturen, ferner für Verhandlungsbereitschaft und die Fähigkeit zur Umsetzung gemeinsamer Strategien mitzubringen, denn die Anpassungen an Kooperationspartner setzen unternehmerisches Denken und Handeln der Gesundheitseinrichtungen voraus. Die Unterstützung langfristiger, zukunftsorientierter Veränderungsprozesse der Organisationsstruktur durch das Management, die sich an der zukünftigen Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern orientieren, ist von besonderer Bedeutung.

Die Gesundheitseinrichtungen haben vor dem Eingehen von Kooperationen die Überprüfung und Weiterentwicklung der eigenen Organisationsstruktur zu bewältigen (Hensen u. a. 2004: 88, 92). Im Rahmen des strategischen Managements dient im ersten Schritt eine qualifizierte Situationsanalyse dazu, die Stärken und Schwächen des eigenen Leistungsangebotes zu beleuchten. Diese hat unter Berücksichtigung des regionalen und überregionalen Wettbewerbsumfeldes zu erfolgen, um sich im Wettbewerb erfolgreich positionieren zu können (Roeder u. a. 2004: 704). Voraussetzung dafür ist nach Aussage der Experten, dass die Gesundheitseinrichtungen Controlling als Teilaufgabe der betrieblichen Führung einsetzen. Controlling dient als Grundlage für Entscheidungen und ermöglicht es, die Einrichtungen durch Planung zielorientiert an Umweltänderungen anzupassen und die dazu erforderlichen Steuerungsaufgaben wahrzunehmen. Während dies laut Expertenaussagen bei größeren Gesundheitseinrichtungen üblich ist, haben viele kleine Gesundheitseinrichtungen bisher noch kein Controlling eingeführt. Ihnen fehlen dann vergangenheitsbezogene Kennzahlen, die den Erfolg bzw. Misserfolg bisheriger Maßnahmen dokumentieren und zukunftsbezogene Entscheidungen unterstützen.

Der langfristige Erfolg von Veränderungsprozessen wie das Eingehen von Kooperationen hängt davon ab, ob sie von einem Qualitätsmanagement als Teilbereich des strategischen Managements begleitet werden. Nach Hensen (2004: 92) wird der „Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor Qualität“ in der Gesundheitswirtschaft noch weiter an Bedeutung gewinnen als bisher, bei Krankenhäusern schon allein aufgrund der gesetzlich

vorgeschriebenen Qualitätsberichte. Ab dem Jahr 2005 sind die Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen (Roeder u. a. 2004: 704). Mit den Berichten wird beabsichtigt, über gemeinsame Kennzahlensysteme einen unmittelbaren Vergleich der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser bezüglich Wirtschaftlichkeit, Behandlungs- und Führungsqualität, Aufbau- und Ablauforganisation, Aus- und Weiterbildungsbedarf sowie Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit zu liefern. Den Krankenhäusern dient das Qualitätsmanagement als eine Orientierungshilfe bei der Durchführung von Veränderungsprozessen. Die Wirkungen von bereits eingeleiteten Veränderungen können festgestellt und die Wirkungen von zukünftigen Veränderungen eingeschätzt werden (Hensen u. a. 2004: 91). Das Qualitätsmanagement bietet daher auch die Möglichkeit, den Erfolg von Kooperationen im Vorhinein einschätzen zu können.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die eigene Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen Voraussetzung dafür ist, an Kooperationen erfolgreich teilhaben zu können. Die Erhaltung nicht wettbewerbsfähiger, kooperationsbereiter Einrichtungen wäre nur über Transferzahlungen von den wettbewerbsfähigen Kooperationspartnern möglich, was nicht das Ziel von Kooperationen sein kann. Nach Schubert und Küting (1981: 141) ist „Kooperation [...] keine Krücke für kranke Unternehmen, sondern eine zusätzliche Chance für bereits erfolgreiche“. Balling (1998: 99) warnt wirtschaftlich schwache Einrichtungen ebenfalls davor, Kooperationen einzugehen, da zum einen die Kooperationspartner mit den wirtschaftlichen Problemen belastet werden könnten und zum anderen die Gefahr besteht, dass die wirtschaftlich schwachen Einrichtungen (feindlich) übernommen werden. Seiner Ansicht nach ist es in einem solchen Fall nicht möglich, eine gleichberechtigte Partnerschaft zu erreichen. Der Erfolg von Kooperationen ist im Wesentlichen davon abhängig, wie groß die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner ist (Balling 1998: 99; Porter 1990: 391 f.). Besteht zwischen potenziellen Kooperationspartnern ein Ungleichgewicht, so sind daher von Seiten der wirtschaftlich schwächeren Einrichtungen gegebenenfalls vor Beginn der Kooperation strukturelle Anpassungen notwendig. Strukturelle Anpassungen sind beispielsweise durch die Konzentration auf Kernkompetenzen und die Auslagerung von Randaktivitäten möglich (siehe Abschnitt 6.3.2).

Werden Kooperationsverträge im Rahmen der integrierten Versorgung eingegangen, ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitseinrichtungen bei Schadensersatzforderungen der Kostenträger gemeinsam als Gesamtschuldner haften (§ 421 BGB). Die Kos-

tensträger können daher die zu erbringende Schadensersatzleistung von jeder beteiligten Gesundheitseinrichtung einfordern. Allein schon unter diesem Gesichtspunkt sind Kooperationspartner sorgfältig auszuwählen (Kuhlmann 2004 a: 422).

Sind die umfeld- und einrichtungsbezogenen Voraussetzungen für Kooperationen vorhanden, so können die Gesundheitseinrichtungen beginnen, Kooperationen zu gründen oder ihnen beizutreten. Die weitere Beschreibung der Phasen bezieht sich auf den Fall, dass die Gesundheitseinrichtungen selbst Kooperationen gründen.

6.3.2 Konfigurationsphase

In der Konfigurationsphase erfolgt die Auswahl der Kooperationspartner. Anschließend sind die Konditionen der Zusammenarbeit sowohl mit den Partnern als auch mit den Kostenträgern vertraglich zu vereinbaren. Die Bedingungen der Zusammenarbeit beziehen z. B. die Zielsetzung, die gemeinsame Leistungserbringung und die Vergütung der Leistungen ein. Mit Beginn der Konfigurationsphase hat die initiiierende Gesundheitseinrichtung Managementaufgaben zu übernehmen, auf die in Abschnitt 6.3.3.1 näher eingegangen wird.

Abb. 32 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren in der Konfigurationsphase

- Auswahl der Kooperationspartner:
 - Ähnliche Ziele und Strategien
 - Ähnliche Unternehmenskulturen
 - Komplementäre Kernkompetenzen
 - Bereitstellung von Ressourcen
 - Vertrauensbasis durch bisherige Geschäftsbeziehungen
 - Räumliche Nähe der Kooperationspartner
 - Anzahl der Kooperationspartner
- Gestaltung von Kooperationsverträgen
- Zustimmung zu Kooperationen durch die Kostenträger

Quelle: eigene Darstellung

6.3.2.1 Auswahl der Kooperationspartner

Die Auswahl der Kooperationspartner erfolgt nach den in Abschnitt 6.3.1.2 genannten Faktoren, die auch die eigene Einrichtung erfüllen muss, um wettbewerbsfähig und in Kooperationen erfolgreich zu sein. Darüber hinaus sind weitere Faktoren notwendig, die sich auf die Geschäftsbeziehungen und Kooperationsbereiche der Partner beziehen.

Ähnliche Ziele und Strategien

Kooperationen setzen voraus, dass die angestrebten Ziele und Strategien der potenziellen Partner weitestgehend übereinstimmen bzw. sich ergänzen. Wenn dies nicht der Fall ist, besteht die Gefahr, dass die eigene Zielsetzung in der Kooperation vernachlässigt wird und Ressourcen ineffizient eingesetzt werden (Balling 1998: 102). Zwar setzen Kooperationen nicht völlig übereinstimmende Zielsetzungen der Partner voraus; sie können jedoch nur insoweit erfolgreich sein, wie es die strategischen Interessen und Ziele der Partner gegenseitig erlauben (Balling 1998: 102).

Ähnliche Unternehmenskulturen

Übereinstimmende Ziele und Strategien der Kooperationspartner gehen mit ähnlichen Unternehmenskulturen einher. Die Unternehmenskultur zeigt sich beispielsweise in der Organisationsstruktur, im Managementstil, den Verhandlungsarten oder auch den Arbeitsweisen der Mitarbeiter (Balling 1998: 100 f.). Wenn sich kooperierende Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Unternehmenskulturen voneinander unterscheiden, ist nach Backhaus und Piltz (1990: 7 f.) eine gezielte Förderung dieses Erfolgsfaktors notwendig. Porter und Fuller (1986: 341) bezeichnen den Erfolgsfaktor als „organizational compatibility“. Bucklin und Sengupta (1993: 35, 42) vermuten, dass Kooperationen um so erfolgreicher sind, je größer die „organizational compatibility“ der beteiligten Einrichtungen ist. Dies betrifft ihrer Ansicht nach vor allem horizontale Kooperationen im Marketing.

Bezogen auf das horizontale Netzwerk der „Bauernbäder am Teutoburger Wald“ kann diese Annahme bestätigt werden. Die Bauernbäder haben ein gemeinsames Marketingkonzept erstellt, dessen Erfolg auf den übereinstimmenden Unternehmenskulturen basiert. So steht die „Marke Bauernbad“ für mehrere Gemeinsamkeiten. In Abschnitt 6.4.3 wird das Netzwerk der Bauernbäder vorgestellt.

Komplementäre Kernkompetenzen

Neben den Gemeinsamkeiten bei den Zielsetzungen, Strategien und Unternehmenskulturen ist eine gegenseitige Ergänzung der beteiligten Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihres Leistungsspektrums von Vorteil. Gesundheitseinrichtungen sind als Kooperationspartner für andere attraktiv, wenn sie spezielle, qualitativ hochwertige Leistungen (Kernkompetenzen) als Teilleistungen in den gemeinsamen Wertschöpfungsprozess einbringen können, die die übrigen beteiligten Einrichtungen nicht aufweisen (Porter/Fuller 1986: 341; Schaudé 1991: 26). Seit der Gesundheitsreform von 2004 bieten sich den Gesundheitseinrichtungen im Rahmen der integrierten Versorgung vielfältige Kombinationsmöglichkeiten über Leistungssektoren und Fachgebiete hinweg an (Kuhlmann 2004a: 426). Krankenhäuser können z. B. neue Tätigkeitsfelder erschließen, wenn sie mit niedergelassenen Ärzten kooperieren. Sie sind dadurch in der Lage, neben den stationären auch ambulante Leistungen anzubieten. Die Kombination von komplementären Kernkompetenzen ist nach Robert (1992: 52) ein wichtiger Erfolgsfaktor für Kooperationen, da sie der Realisierung einer nachhaltigen Wettbewerbsfähigkeit der Kooperationspartner dient.

Die Kooperation von Gesundheitseinrichtungen mit komplementären Kernkompetenzen setzt voraus, dass keiner der Partner versucht, die besonderen Stärken der Partner zu kopieren, falls dies möglich ist. Müssen die potenziellen Partner befürchten, dass es zu Imitationen kommt und damit die eigene Wettbewerbsposition geschwächt wird, so kann sich keine Vertrauensbasis bilden und der Erfolg der Kooperation ist von vornherein in Frage gestellt (Robert 1992: 52).

Vertrauensbasis durch bisherige Geschäftsbeziehungen

Befürchtungen über eventuelle Imitationen der Kernkompetenzen können vermindert werden, wenn mit Gesundheitseinrichtungen kooperiert wird, mit denen bereits in der Vergangenheit positive Erfahrungen bei Geschäftsbeziehungen gesammelt wurden und mit denen dementsprechend bereits eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte. Bucklin und Sengupta (1993: 35, 44) fanden in einer empirischen Untersuchung heraus, dass der wahrgenommene Erfolg von Kooperationen umso größer ist, je länger mit den Kooperationspartnern bereits bisher Geschäftsbeziehungen bestanden. Die Dauer und Stabilität bisheriger Geschäftsbeziehungen zwischen den Kooperationspartnern ist daher ein wichtiger Erfolgsfaktor. Nach Balling (1998: 100) werden positive Erfahrungen in die Zukunft übertragen und bilden somit eine gute Grundlage für die weitere Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen. Um eine Vertrauensbasis

zu neuen Kooperationspartnern aufzubauen, erscheint es daher sinnvoll, in Form von mehreren kleineren Projekten Erfahrungen zu sammeln, bevor mit einem größeren, kostenintensiven Projekt begonnen wird.

Diese Auffassungen finden durch die Experteninterviews Bestätigung. Nach Meinung der befragten Experten ist das persönliche Vertrauensverhältnis – zumindest auf Geschäftsführungsebene – für den Erfolg von Kooperationen im Allgemeinen ausschlaggebend. Als Beispiel sei der Verbund "Evangelisches Krankenhaus Bielefeld" des Ev. Johannes-Krankenhauses, des Krankenhauses Mara und der Krankenanstalten Gilead genannt, bei dem die Gründung einer GmbH dadurch ermöglicht wurde, dass im Vorfeld positive Erfahrungen in Geschäftsbeziehungen gesammelt wurden. Im Verbund ist ein Erfahrungsaustausch und die Offenlegung von Problemen und deren Lösungen möglich. Durch die höhere Transparenz werden Verzögerungen bei den Prozessen eingeschränkt und es kommt zu weniger Fehlentscheidungen, wodurch die Qualität der Leistungen zunimmt.

Bereitstellung von Ressourcen

Von den potenziellen Kooperationspartnern wird verlangt, dass sie der Kooperation Ressourcen zur Verfügung stellen können. Vor allem in Krisensituationen ist die flexible Verfügbarkeit von ausreichenden Ressourcen von größter Bedeutung. Wichtig ist, dass die Partner die Bereitschaft besitzen, in die Kooperation in personeller und materieller Hinsicht zu investieren. Beispielsweise ist die Weiterbildung der Mitarbeiter zu fördern, um sie auf die spezifischen Anforderungen vorzubereiten, die die Kooperation mit sich bringt. Dies „steigert die Motivation der Beteiligten und beeinflusst damit ebenfalls die Erfolgswahrscheinlichkeit der Kooperation positiv“ (Balling 1998: 120, 126).

Räumliche Nähe der Kooperationspartner

Die räumliche Nähe der Kooperationspartner beeinflusst den Erfolg von Kooperationen. Eine geringe räumliche Entfernung erleichtert auf der einen Seite zwar die Interaktionen der Kooperationspartner, führt aber auf der anderen Seite dazu, dass zwischen den Gesundheitseinrichtungen Wettbewerb besteht, sofern sie ähnliche Leistungen anbieten. Daher kann für Kooperationen angenommen werden: Je eher die Einrichtungen ihre Kernkompetenzen in Bereichen haben, die sich gegenseitig ergänzen, desto geringer kann die räumliche Entfernung der Einrichtungen sein, ohne dass eine Konkurrenzsituation entsteht.

Inwiefern bei ähnlichen Kernkompetenzen der Gesundheitseinrichtungen Wettbewerb besteht, hängt auch von der Erschlossenheit des gemeinsamen Marktes ab. Je erschlossener ein Markt ist, desto eher entsteht Wettbewerb und desto vorteilhafter ist eine möglichst große räumliche Entfernung der Kooperationspartner.³⁵ Wie groß die räumliche Entfernung werden kann, sodass Kooperationen noch erfolgreich durchgeführt werden können, hängt von der Art der Kooperation im Einzelfall ab. Es spielt eine wichtige Rolle, in welchen Funktionsbereichen Kooperationen beabsichtigt sind. Bei Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Gesundheitsleistungen ist eine geringe räumliche Distanz beispielsweise bedeutender als bei Einkaufskooperationen.

Als Beispiel sei eine horizontale Kooperation von Krankenhäusern zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen genannt. Wenn Krankenhäuser ähnliche Kernkompetenzen aufweisen und sich im näheren räumlichen Umfeld, das heißt in demselben Patienteneinzugsgebiet befinden, besteht eine Konkurrenzsituation. Daher werden für sie Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen kaum in Frage kommen. Für Krankenhäuser sind horizontale Kooperationen daher mit anderen Krankenhäusern, die dasselbe Patienteneinzugsgebiet haben, vorteilhaft, wenn diese auf andere Kernbereiche spezialisiert sind und komplementäre Gesundheitsdienstleistungen anbieten.

Für Rehabilitationseinrichtungen sind horizontale Kooperationen nur dann vorteilhaft, wenn die räumliche Distanz nicht zu groß ist und dieselbe Zielgruppe (derselbe Markt) angesprochen wird. Als Beispiel sei das Netzwerk der „Bauernbäder am Teutoburger Wald“ genannt, auf das in Abschnitt 6.4.3 eingegangen wird.

Bei Ärztenetzwerken, die auf einem eigenen Honorarmodell basieren, wird die räumliche Ausdehnung dadurch begrenzt, dass sie sich innerhalb des Zuständigkeitsbereiches einer Kassenärztlichen Vereinigung befinden müssen. Dies ist beispielsweise beim Ärztenetzwerk „Medizin und Mehr“ in Bünde der Fall (siehe Abschnitt 6.4.1).

³⁵ Hierbei wird vorausgesetzt, dass die kooperierenden Einrichtungen denselben Markt bedienen.

Anzahl der Kooperationspartner

Die Anzahl der Kooperationspartner beeinflusst die Qualität und Intensität der Beziehungen der Beteiligten und somit auch den Erfolg von Kooperationen (Balling 1998: 124 f.). Je mehr Partner in die Kooperation aufgenommen werden, desto mehr werden direkte Kontakte durch formalisierte Abläufe ersetzt (Endress 1991: 51 f.). Dies geht in der Regel mit einem Verlust der Flexibilität einher, da allgemeingültige Verhaltensnormen als Orientierungspunkte aufgestellt werden. Die Kooperationspartner schätzen dann ihre Einflussmöglichkeiten als geringer ein und entwickeln weniger Eigeninitiative. Die emotionale Bindung nimmt mit steigender Zahl der Kooperationspartner ab (Johnston/Lawrence 1988: 101), sodass die Partner sich eher auf durchschnittliche Leistungen beschränken, anstatt ihre Leistungen nach Möglichkeit zu steigern.

In zu großen Kooperationen besteht zudem die Gefahr, dass sich Untergruppen bilden, die ihre eigenen Ziele verfolgen. Die Folge kann sein, dass die Kooperationen bald nur noch durch finanzielle Anreize zusammengehalten werden (Westebbe 1999: 110). Da eine Zurechnung des Einzelbeitrags der Mitglieder schwierig ist, wird es auch schwieriger, minderwertige Leistungen zu sanktionieren. Insgesamt ist die Anpassungsfähigkeit einer Gruppe bei sich verändernden Marktgegebenheiten um so geringer, je mehr Mitglieder ihr angehören (Balling 1998: 124).

Nach Westebbe (1999: 110) erweisen sich Kooperationen mit einer überschaubaren Anzahl von Mitgliedern daher als weniger krisenanfällig als große Kooperationen. Er gibt allerdings zu bedenken, dass zu kleine Kooperationen häufig eine zu geringe wirtschaftliche Macht gegenüber dem Umfeld haben und als Verhandlungspartner nicht genügend respektiert werden. Darüber hinaus sind sie beim Management gegenüber großen Kooperationen benachteiligt: Ein professionelles Management erfordert hohe Investitionen und damit verbunden ein entsprechendes Kapital, das kleinere Kooperationen nicht ohne weiteres aufbringen können. Zudem sind die Aufgaben des Managements häufig zu zeitaufwändig, um sie ehrenamtlich zu erfüllen.

Es stellt sich daher die Frage, welche Anzahl von Kooperationspartnern optimal ist. Balling (1998: 124 f.) plädiert für eine „mittlere“ Gruppengröße, weist jedoch darauf hin, dass die zahlenmäßige Festlegung einer optimalen Anzahl schwierig ist, da sie von mehreren Faktoren abhängt: Dies sind vor allem die Zielsetzung und die wesentlichen Aufgaben der Kooperation. Eine Aufgabe ist umso schwerer mit einer großen Anzahl von Beteiligten zu realisieren, je größer der Umfang und die Komplexität der

zu bewältigenden Aufgabe ist. Einigungen in einer großen Gruppe sind schwierig, wenn sie die wesentlichen Leistungen und die Entscheidungskompetenzen der Partner betreffen. Je intensiver bei einer Kooperation in diese Bereiche eingegriffen wird, desto geringer sollte die Anzahl der Partner sein (Balling 1998: 125).

Übertragen auf die verschiedenen Funktionsbereiche, in denen Kooperationen möglich sind, lässt sich sagen, dass vor allem bei einer gemeinsamen Erstellung von Gesundheitsleistungen in die wesentlichen Entscheidungsbereiche eingegriffen wird. Daher ist zu beachten, dass bei solchen Kooperationen die Anzahl der Partner möglichst gering ist. Auch bei Kooperationen, bei denen in mehreren Funktionsbereichen Abstimmungen notwendig sind, ist eine eher geringe Gruppengröße von Vorteil.

Nach Balling (1998: 125) ist eine deutlich größere Anzahl von Kooperationspartnern möglich bzw. sinnvoll, wenn es sich um Kooperationen handelt, deren Zielsetzung und Aufgaben inhaltlich, zeitlich und/oder finanziell stark eingeschränkt sind und denen daher von den Beteiligten nur eine relativ geringe Bedeutung beigemessen wird. Bei solchen Kooperationen sind Einigungsprozesse in der Regel mit einem geringeren Konfliktpotenzial verbunden.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Bestimmung der Gruppengröße ist die Art und Größe der Kooperationspartner, also ob es sich um größere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder um kleinere Einrichtungen wie Praxen handelt. Besteht die Kooperation vor allem aus kleineren Einrichtungen, wie es bei Ärztenetzen der Fall ist, so kann die Anzahl der Teilnehmer relativ groß sein, ohne dass es zu Anpassungsproblemen kommt. Expertenaussagen zufolge liegt die maximale Größe von Ärztenetzwerken zwischen 60 und 70 Teilnehmern.

Bei Kooperationen größerer Einrichtungen hängt die optimale Größe davon ab, in welchen und wie vielen Funktionsbereichen kooperiert wird. Als Beispiel für eine Beschaffungskooperation kann der Klinikverbund Valeo genannt werden, bei dem vorgesehen ist, dass der gesamte Einkauf und die Logistik in Zukunft gemeinsam organisiert werden. Valeo umfasst zehn Krankenhäuser und zwei Rehabilitationseinrichtungen, erstreckt sich über drei Regierungsbezirke und ist damit im Vergleich zu anderen Kooperationen stationärer Einrichtungen relativ groß.³⁶

³⁶ Stand: Januar 2004.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich über die optimale Anzahl der Kooperationspartner nur eine tendenzielle Aussage treffen lässt. Um Kooperationen erfolgreich zu gestalten, ist bereits in der Konfigurationsphase abzuwägen, wie komplex die Ziele und Aufgaben der Kooperation sein werden und in welchem Rahmen sich die Anzahl der Partner dementsprechend zu bewegen hat. Ist die Auswahl der Kooperationspartner abgeschlossen, so kann in einem nächsten Schritt in der Konfigurationsphase die Gestaltung der Verträge erfolgen.

6.3.2.2 Gestaltung von Kooperationsverträgen

Verträge zwischen Leistungserbringern

Verträge zwischen den Leistungserbringern stellen die formale Grundlage von Kooperationen dar und dienen dazu, die Kooperationen möglichst konfliktfrei zu regeln und Investitionen abzusichern. In der Regel empfehlen sich schriftliche Absicherungen von Kooperationsvereinbarungen schon aufgrund der Investitionskosten, die mit Kooperationen verbunden sind. Neben den Verträgen der Leistungserbringer untereinander müssen auch Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen werden, um die Vergütung zu regeln. Handelt es sich um Ärztenetzwerke, so ist die Vergütung mit der Kassenärztlichen Vereinigung vertraglich festzulegen. Nähere Erläuterungen dazu, wie wichtig eine vertragliche Regelung der Vergütung ist, sind bei der Darstellung des Ärztenetzwerks „Medizin und Mehr“ in Abschnitt 6.4.1 zu finden.

Die kooperierenden Leistungserbringer haben bei der Gestaltung der Kooperationsverträge untereinander darauf zu achten, dass dem Management Dispositionsspielräume eingeräumt werden, die es ihm erlauben, über die Art der Leistungserbringung autonom zu entscheiden. Dies betrifft z. B. die Ausstattungen der einbezogenen Einrichtungen, den Umfang und die Zusammensetzung des medizinischen und nicht-medizinischen Personals, Konditionen des Bezugs fremder Leistungen oder auch die Marketingaktivitäten. Kooperationsbereite Leistungserbringer haben zu beachten, dass die Handlungsspielräume des Kooperationsmanagements immer auch mit einer Einschränkung der eigenen Handlungsspielräume einhergehen (Jacobs/Schröder 2003: 106).

Bei Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 den Leistungserbringern die Möglichkeit eröff-

net, mit den Kostenträgern individuelle Verträge abzuschließen (§ 140 b SGB V).³⁷ Dies war vorher aufgrund des Grundsatzes des einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen nicht möglich. Das Ziel des Gesetzgebers ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch eine größere Vertragsfreiheit zu verbessern.

Bei der integrierten Versorgung bilden die kooperierenden Leistungserbringer in organisatorischer Hinsicht einen gemeinsamen Vertragspartner der Kostenträger und schließen mit ihm einen Versorgungsvertrag über Inhalt und Vergütung der integrierten Leistungen für alle teilnehmenden versicherten Patienten ab (Jacobs/Schröder 2003: 106). Die Vertragspartner können den Vertragsgegenstand und die Vertragsformen nach der Gesetzgebung beliebig wählen. Sie sind nicht an das Leistungserbringungsrecht gemäß Kap. 4 SGB V gebunden und können daher „neue“ Dienstleistungen erbringen bzw. Dienstleistungen auf neue Arten miteinander kombinieren. Den Gesundheitseinrichtungen wird damit die Möglichkeit eröffnet, neue Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung zu setzen, z. B. präventive Leistungen oder auch innovative und alternative Therapiemethoden anzubieten (Jacobs/Schröder 2003: 106; Mühlbacher 2002: 61). Die Kostenträger haben daher den Leistungserbringern bei der Vertragsgestaltung insoweit Dispositionsspielräume einzuräumen, dass sie in der Lage sind, Leistungen wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger zu erbringen als es bei der traditionellen Versorgung der Fall wäre.

Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern

Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für Gesundheitsleistungen im Rahmen der integrierten Versorgung wird seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 durch individuelle Verträge begründet.³⁸ Dabei liegt es in der Hand der Krankenkassen, ob sie mit den Leistungserbringern auf deren Wunsch Verträge zur integrierten Versorgung abschließen (§ 140 a Abs. 1 SGB V). Dies bedeutet für die Leistungserbringer, dass sie bei den Krankenkassen darum werben müssen, entsprechende Verträge abschließen zu können, um an der integrierten Versorgung teilnehmen zu können bzw. um die Aufwendungen für ihre Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung erstattet zu bekommen. Der § 140 a ff. SGB V sieht nicht vor,

³⁷ Nur dann, wenn es zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zum Vertragsabschluss kommt, kann von „integrierter Versorgung“ im Sinne der Gesetzgebung gesprochen werden (§§ 140 a-d SGB V).

³⁸ Der „Pflichtinhalt“ eines Versorgungsvertrages unterliegt Gesetzesvorgaben, insbesondere dem § 140 b SGB V (Kuhlmann 2004a: 417).

dass die Leistungserbringer einen gesetzlichen Anspruch haben, an der integrierten Versorgung teilnehmen zu können (Kuhlmann 2004a: 417).

Für diejenigen Leistungserbringer, die eine solche Teilnahme anstreben, ist es daher wichtig zu wissen, ob die Krankenkassen ihre Zusage zu Kooperationen von der Einhaltung bestimmter Voraussetzungen durch die Leistungserbringer abhängig machen.

Die Krankenkassen können ihre Zusage zu Verträgen der integrierten Leistungserbringung z. B. von der Einhaltung bestimmter Verfahrensregeln abhängig machen. Solche Verfahrensregeln können sich aus dem Vergaberecht gemäß § 97 ff. GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) ergeben. Demnach müssten die Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber Verträge zur integrierten Versorgung ausschreiben, was allerdings im Jahr 2004 umstritten ist. Bis zur endgültigen gerichtlichen Klärung ist vorläufig von einer Ausschreibungspflicht auszugehen. Die Krankenkassen haben daher die Möglichkeit, zum Abschluss von Integrationsverträgen eine Auswahl der Leistungserbringer als Anbieter vorzunehmen (Kuhlmann 2004a: 424).

Da die Kostenträger und Leistungserbringer die Vergütung der integrierten Leistungen frei verhandeln können, ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen mit denjenigen Leistungserbringern Verträge abschließen werden, die die günstigsten Leistungen anbieten. Nach Kuhlmann (2004a: 421) sind die Krankenkassen nur unter der Voraussetzung bereit, Verträge der integrierten Versorgung abzuschließen, wenn die Vergütung der Leistungen nach „Preisen unter Liste“ erfolgt. Damit wird eine weitere Kostensenkung in der Gesundheitswirtschaft beabsichtigt. Es kann angenommen werden, dass diejenigen Leistungserbringer, die kostenminimierend und wettbewerbsorientiert handeln, die größten Chancen haben, an der integrierten Versorgung teilnehmen zu können.

Die Teilnahme an der integrierten Versorgung bedeutet sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger einen Wettbewerbs- und Prestigevorteil. Für die Krankenkassen als Kostenträger ist sie insofern wichtig, als sie für die Versicherten ein Auswahlkriterium sein kann. Allerdings haben dies nach Meinung von Kuhlmann (2004a: 421) noch nicht alle Krankenkassen erkannt. Die Einstellungen der Krankenkassen zur integrierten Versorgung sind demnach sehr unterschiedlich. Einige zukunftsorientierte Krankenkassen fordern die Leistungserbringer zum Abschluss von Integrationsverträgen auf, während andere Krankenkassen nicht selbst die Initiative

ergreifen, sondern die Bewerbungen der Leistungserbringer abwarten. Den Leistungserbringern kann in jedem Fall geraten werden, selbst die Initiative zu ergreifen und auf die Krankenkassen zuzugehen. Es ist anzuraten, dass sie den Krankenkassen Konzepte präsentieren, die den Kriterienkatalogen der Krankenkassen entsprechen. Bei diesen Kriterienkatalogen stehen Qualitätssicherungsaspekte im Vordergrund (Kuhlmann 2004a: 425).

6.3.3 Designphase

In der Designphase werden die Kooperationen konzeptionell entworfen und konfiguriert: „Diese Phase bestimmt in einem hohen Maße, inwieweit sich die Investitionen in die Kooperation amortisieren bzw. inwieweit sich ein gemeinsames und erfolgreiches Managementsystem etabliert“ (Mühlbacher 2004: 100). Die Kooperationspartner legen in dieser Phase die Verantwortlichkeiten fest, d. h. sie etablieren ein einrichtungsübergreifendes Management und gestalten die gemeinsamen Organisationsstrukturen. Die Hauptaufgabe liegt in der Prozessorganisation, bei der die Anpassung der einrichtungsinternen Prozesse an die Prozesse der Kooperationspartner erfolgt. Die Partner haben ein Konzept über eine kooperative Infrastruktur zu entwerfen, d. h. über die gemeinsamen Qualitäts- und Kostenmanagementsysteme und die dazugehörige Informationsinfrastruktur. In den folgenden Unterabschnitten wird auf die Gestaltung des Managements und der gemeinsamen Organisationsstrukturen näher eingegangen. Bei den Organisationsstrukturen wird besonderes Augenmerk auf die Organisation der Leistungserstellung, des Qualitäts- und Informationsmanagements und die Kooperationskultur gerichtet.

Abb. 33 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren in der Designphase

- Gestaltung des Netzwerkmanagements
- Organisation der gemeinsamen Leistungserbringung
- Gemeinsames Qualitätsmanagement
- Gemeinsames Kommunikationssystem
- Gestaltung der Kooperationskultur mit Unterstützung der Mitarbeiter

Quelle: eigene Darstellung

6.3.3.1 Gestaltung des Netzwerkmanagements

Mit der Gründung von Kooperationen ergibt sich die Notwendigkeit des einrichtungsübergreifenden Managements. Ob die Manager diese Aufgaben zusätzlich zu ihrer Berufstätigkeit übernehmen können, richtet sich nach der Art und Größe der Kooperationen. Bei einer geringen Anzahl von Kooperationspartnern oder vielen kleineren Einrichtungen ist dies in der Regel möglich. Beispielsweise werden Praxisnetze häufig von einer kleinen Gruppe der teilnehmenden Ärzte geführt. Bei großen Kooperationen sind die zusätzlichen Anforderungen so umfangreich, dass das einrichtungsübergreifende Management Personen zu übertragen ist, die diese Aufgabe hauptberuflich übernehmen können. Mit großen Kooperationen sind hier vor allem Netzwerke (Kooperationen mit mehr als zwei beteiligten Einrichtungen) gemeint, daher wird im Folgenden der Begriff „Netzwerkmanagement“ verwendet.

Dem Netzwerkmanagement sind die notwendigen Entscheidungsbefugnisse zu übertragen, um das Netzwerk hinsichtlich der Umsetzung seiner Strategien steuern zu können. Es ist erforderlich, dass seine Entscheidungen für alle beteiligten Kooperationspartner verbindlich sind. Dies ist nach Möglichkeit vertraglich abzusichern (Backhaus/Piltz 1990: 10).

Das Netzwerkmanagement beinhaltet sowohl strategische als auch operative Aufgaben. Zur Erreichung der Ziele des Netzwerks sind entsprechende Strategien zu entwickeln und Konzepte für eine umfassende Planung zu erstellen. Während der Umsetzung der Konzepte nimmt das Management operative Aufgaben wahr. Nach Mühlbacher (2004: 92-107) gehören zu den wesentlichen operativen Aufgaben die Organisation der gemeinsamen Leistungserstellung, das Qualitätsmanagement, die Finanzierung und Vergütung, das Controlling, das Kommunikations- und Informationsmanagement und die Vermarktung der Gesundheitsleistungen. Das Management hat die Umsetzung zu koordinieren und zu kontrollieren. Ergeben sich bei der Umsetzung Probleme aufgrund des Fehlverhaltens von Kooperationspartnern, ist es notwendig, dass das Management die Befugnis hat, diese zu sanktionieren. Konflikte sind durch ein effektives Konfliktmanagement möglichst frühzeitig zu beheben (Balling 1998: 113, 127).

Zur Erfüllung der genannten Aufgaben haben Netzwerkmanager vor allem das nötige Fachwissen, die Verhandlungsbereitschaft und -fähigkeit, das Verständnis von Kooperationsstrukturen sowie die Fähigkeit zur Umsetzung gemeinsamer Ziele und Strategien zu besitzen. Nach Balling (1998: 117) ist insbesondere die Verhandlungsfähigkeit

von Bedeutung, da unterschiedliche Interessen der Kooperationspartner mit Diplomatie auszubalancieren sind. Dies erfordert eine objektive Betrachtung der unterschiedlichen Interessen und eine Gleichbehandlung der Partner (Endress 1991: 34).

Die Fähigkeiten der Netzwerkmanager stellen einen wesentlichen Erfolgsfaktor für Kooperationen dar. In großen Netzwerken erscheint es aufgrund der vielfältigen Anforderungen an das Netzwerkmanagement sinnvoll, mehrere Manager für bestimmte Aufgabenbereiche einzusetzen. Als ein wesentlicher Aufgabenbereich kooperierender Gesundheitseinrichtungen kann der des „Gatekeepers“ angesehen werden.

Der Gatekeeper (medizinischer Netzwerkmanager)

Der Gatekeeper – auch „medizinischer Netzwerkmanager“ genannt – übernimmt den Aufgabenbereich des Netzwerkmanagements, der sich auf die Erstellung der medizinischen Leistungen bezieht. Die wesentlichen Aufgaben des Gatekeepers sind nach Mühlbacher (2004: 92 f., 134 f.):

- Kommunikation mit den Patienten und Einschätzung der individuell benötigten Gesundheitsleistungen;
- Koordination der Kooperationspartner und Abstimmung der Leistungen (Schnittstellenmanagement);
- Kommunikation mit externen Leistungserbringern, die ebenfalls Leistungen im Rahmen des Behandlungsprozesses eines Patienten erbringen;
- Beurteilung und Dokumentation der Behandlungsergebnisse.

Der Gatekeeper ist für die Koordination der gemeinsamen Leistungserbringung durch die Kooperationspartner zuständig. Die Notwendigkeit zur Koordination besteht nach Auffassung von Mühlbacher (2004: 87) infolge der Arbeitsteilung unter den Kooperationspartnern. Sie stellt sicher, dass die Krankheiten derjenigen Patienten, die die Leistungen der Kooperationspartner in Anspruch nehmen, in kurzer Zeit mit gutem Ergebnis diagnostiziert und therapiert werden (Roeder u. a. 2004: 704). In dieser Hinsicht ist das Qualitätsmanagement eine wichtige Aufgabe des Gatekeepers. Er koordiniert die ambulante oder stationäre Aufnahme der Patienten, die Durchführung der angeordneten Leistungen sowie die Vorbereitung der Entlassung aus der Behandlung unter Berücksichtigung eventuell notwendiger Nachbehandlungen. Er bewirkt damit eine administrative „Rundumversorgung“ von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung. Im Rahmen stationärer Behandlungen können dabei Erfahrungen mit klinischen Behandlungspfaden als Orientierungsgrundlage herangezogen werden.

Es ist erforderlich, dass Gatekeeper zum einen umfassende Kenntnisse über die Behandlungsabläufe und die damit verbundenen medizinischen Leistungen und zum anderen betriebswirtschaftliche Kenntnisse wie z. B. zum Qualitätsmanagement besitzen. Für die Aufgaben des Gatekeepers kommen daher beispielsweise Ärzte in Frage, die entsprechende betriebswirtschaftliche Kenntnisse besitzen. Diese eignen sich nach Meyer-Lutterloh (in Merke 2000: 424) insbesondere bei vertikalen Kooperationen als Gatekeeper. Dort kommt den Ärzten als Zuweiser der Patienten in stationäre Einrichtungen eine strategisch wichtige Rolle zu. Die intensivsten Kontakte zu den Patienten besitzen die Hausärzte: 80 bis 90 Prozent aller Patienten haben eine feste Hausarztbindung. Hausärzte, die die Rolle des Gatekeepers übernehmen, kennen im Idealfall den Lebensweg, das soziale Umfeld und die Krankengeschichte der Patienten (IGSF 1996: 108). Allerdings besitzt nach Meyer-Lutterloh der Großteil der Hausärzte keine entsprechende betriebswirtschaftliche Qualifikation, um als Gatekeeper einsetzbar zu sein.

In der Region Ostwestfalen-Lippe befindet sich der Einsatz von Gatekeepern erst in der Anfangsphase. Beispielsweise setzen die Krankenanstalten Gilead und das Evangelische Johanneskrankenhaus in Bielefeld im Rahmen eines bundesweit einzigartigen Modellprojektes sogenannte „Lotsen für Gesundheitsinformationen“ ein, die den Patienten während ihres stationären Aufenthalts qualitätsgesicherte Informationen liefern (OWL Marketing GmbH 2004: 30). Experten zufolge werden Gatekeeper zunehmend benötigt, wenn Gesundheitseinrichtungen an der integrierten Versorgung teilnehmen und die Patienten über die Vorteile integrierter Leistungen aufklären möchten.

6.3.3.2 Organisation der gemeinsamen Leistungserbringung

Der Erfolg der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit wird maßgeblich davon bestimmt, inwieweit die beteiligten Gesundheitseinrichtungen ihre internen Organisationen aufeinander und auf das Umfeld abstimmen (Anderson/Narus 1991: 108). Nach Balling (1998: 109) ist eine Anpassung an die jeweiligen Voraussetzungen und an die zu bewältigende Kooperationsaufgabe notwendig. Besteht die Kooperationsaufgabe darin, ein gemeinsames Leistungsangebot zu erstellen, ist die gemeinsame Organisation der Leistungserbringung insbesondere an die Bedürfnisse der Nachfrager anzupassen. Für die Gesundheitseinrichtungen bietet es sich an, sich bei der Erstellung eines gemeinsamen Leistungsangebotes auf ihre bereits vorhandenen Kernkompetenzen zu konzentrieren bzw. diese in Anstimmung mit den Partnern zu entwickeln.

Fokussierung auf Kernkompetenzen

Die gemeinsame Organisation der Leistungserbringung ermöglicht es den Kooperationspartnern, ihre Aktivitäten auf ausgewählte Kernkompetenzen zu konzentrieren und Randaktivitäten auszulagern (Mühlbacher 2004: 93). Jede beteiligte Gesundheitseinrichtung kann spezielle Leistungen – die Kernkompetenzen – als Teilleistungen in den gemeinsamen Wertschöpfungsprozess einbringen (Mühlbacher 2002: 21). Mit der Kombination von Kernkompetenzen im Rahmen des Prozesses der Leistungserstellung ist der wechselseitige Austausch von materiellen und immateriellen Gütern verbunden (Sydow 1994: 85). Die Qualität der eingebrachten Kernkompetenzen ist nach Mühlbacher (2004: 95) von besonderer Bedeutung, da sie der Realisierung der nachhaltigen Wettbewerbsfähigkeit der Kooperation dient.

Mit der Fokussierung auf Kernkompetenzen eröffnet sich den Einrichtungen die Möglichkeit, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen besser zu nutzen und damit eine höhere Qualität der Leistungen bei gleichzeitiger Kosteneffektivität zu erreichen. Nach Mühlbacher (2002: 21 f.) können durch die einrichtungsübergreifende Koordination der arbeitsteiligen Leistungserbringung Synergieeffekte genutzt werden (Picot/Reichwald/Wigand 2001: 263 f.). Die Kooperationspartner können gezielt Investitionen tätigen: Investitionen in Kernbereiche können ausgebaut und Investitionen in Randbereiche abgebaut werden. Das Know-how in den Kernbereichen erhöht sich durch gezielte Investitionen in die Mitarbeiterqualifizierung. Mit der Fokussierung auf die Kernbereiche kann auch die Profilbildung und damit verbunden eine stärkere Patienten- bzw. Kundenbindung der kooperierenden Gesundheitseinrichtungen erreicht werden. Insgesamt kann somit durch die gemeinsame Leistungserbringung ein höherer Wirtschaftlichkeitsgrad erzielt werden.

Den Gesundheitseinrichtungen, die mit anderen kooperieren wollen, stellt sich somit die Frage, welche Bereiche ihres Leistungsspektrums den Kernkompetenzen und welche den Randaktivitäten zuzurechnen sind und welche Leistungen in welchem Umfang zukünftig zu erbringen sind. Diese Abgrenzung ist vor allem bei Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen problematisch, die ein breites Leistungsspektrum anbieten (Roeder u. a. 2004: 703).

Krankenhäuser haben bei Veränderungen des Leistungsspektrums ihren Versorgungsauftrag und den Krankenhausplan zu berücksichtigen. Inwieweit die Krankenhäuser in den nächsten Jahren ihr Versorgungsangebot (Fachabteilungen) anhand des Kranken-

hausplanes selbst beeinflussen können, ist fraglich, da vermutlich in immer mehr Bundesländern das Versorgungsangebot durch eine Kommission aus Krankenkassen und Klinikträgern festgelegt wird. Das Saarland hat beispielsweise als erstes Bundesland entschieden, dass die Fachabteilungen in Zukunft nicht mehr Inhalt der Krankenhausplanung sein werden. Die Beibehaltung und Einrichtung von Fachabteilungen wird dann landesweit durch die Kommission festgelegt und die Krankenhäuser können lediglich die Leistungsausrichtungen ihrer Fachabteilungen selbst bestimmen (Roeder u. a. 2004: 703). Somit werden die Krankenhäuser ihre Kernbereiche nur noch insoweit auswählen können, wie es die medizinischen Leistungen innerhalb der Fachabteilungen betrifft.

Die Auswahl der Kernkompetenzen (Leistungsausrichtung) durch die Krankenhäuser ist nach Roeder u. a. (2004: 703) an einer Umfeldanalyse zu orientieren, bei der zum einen die Nachfrage nach den medizinischen Leistungen und zum anderen die Wettbewerbssituation im lokalen bis hin zum überregionalen Umfeld untersucht wird. Beispielsweise werden Leistungen, bei denen ein Überangebot besteht, zukünftig unter einen noch stärkeren Wettbewerbsdruck geraten (Roeder 2004: 703). Allerdings ist momentan eine kurzfristige und radikale Neuausrichtung des Leistungsspektrums zur Anpassung an das Wettbewerbsumfeld nicht empfehlenswert (Roeder 2004: 703). Krankenhäuser neigen dazu, sich bei ihrem Leistungsangebot am G-DRG-Katalog 2004 zu orientieren, der die Finanzierung der Leistungen beschreibt. Bei diesem Katalog kann es allerdings im nächsten Jahr 2005 noch zu Änderungen kommen, sodass den Krankenhäusern empfohlen werden kann, sich bei der Erstellung eines gemeinsamen Leistungsangebotes im Rahmen einer Kooperation noch abwartend zu verhalten.

Die Fokussierung auf Kernkompetenzen zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit halten die meisten Gesundheitseinrichtungen nach Expertenaussagen für sinnvoll. Eine Ausnahme bilden die Pflegeeinrichtungen. Im Unterschied zu Krankenhäusern besitzen diese aufgrund ihres sehr homogenen Leistungsspektrums grundsätzlich ähnliche Kernkompetenzen. Ihr Ziel ist die Aufrechterhaltung eines möglichst breiten Leistungsangebotes. Die Anpassung des Leistungsangebotes an Kooperationspartner auf horizontaler Ebene – also andere Pflegeeinrichtungen – bzw. die Suche von Partnern, die andere Kernkompetenzen besitzen, ist daher kaum möglich bzw. nicht erstrebenswert. Diese Aussage der Experten besitzt für Regionen wie Ostwestfalen-Lippe Gültigkeit, deren Bevölkerungsdichte verhältnismäßig gering ist und in denen somit die Nachfrage nicht groß genug ist, um eine Differenzierung des Leistungsangebotes vor-

zunehmen.³⁹ Bei Pflegeeinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe hängt die Vorteilhaftigkeit von Kooperationen vielmehr davon ab, ob sie in einzelnen Funktionsbereichen zu einer besseren Auslastung von Kapazitäten oder Kosteneinsparungen führen. Beispielsweise können durch eine gemeinsame Beschaffung von Ge- und Verbrauchsgütern Preisvorteile erzielt werden und Kapazitäten bei der Logistik besser ausgelastet werden.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die gemeinsame Organisation der Leistungserbringung von der Art der Kooperationspartner (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, etc.) und von den Zielen und Aufgaben der Kooperationen abhängt und somit sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Den Kooperationspartnern ist anzuraten, sich so weit wie möglich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, da eine gegenseitige, wirkungsvolle Ergänzung der Leistungen zur Wettbewerbsfähigkeit der Kooperation beiträgt und somit einen wichtigen Erfolgsfaktor darstellt.

6.3.3.3 Gemeinsames Qualitätsmanagement

Ein gemeinsames Qualitätsmanagement dient dazu, eine ähnliche Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner zu gewährleisten. Das Qualitätsmanagement beinhaltet die Qualitätsplanung, -kontrolle, -sicherung und -verbesserung (Selbmann 1997: 254 f.). Anhand gemeinsamer Qualitätsstandards der Kooperationspartner kann die Leistungsfähigkeit kontinuierlich überprüft werden. Die kritische Analyse der Prozesse der Leistungserbringung dient der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit. Eine sinnvolle Zielsetzung ist, mögliche Schwächen in der Prozesskette aufzudecken und zu beseitigen, um somit eine Effizienzsteigerung zu erreichen. Zur Verbesserung der Prozessabläufe können Vergleiche – das sogenannte Benchmarking – mit Kooperationspartnern durchgeführt werden, soweit sie vergleichbare Kosten- und Leistungsstrukturen haben. Zur kontinuierlichen Überprüfung der Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner und der Einhaltung des gemeinsamen Qualitätsstandards kann ein Controlling (Kontroll- und Steuerungsmechanismen) beitragen, das die Qualität der Leistungen messbar und somit Probleme bei der Leistungserbringung transparenter macht (Mühlbacher 2002: 76). Dabei ist nach Ansicht von Balling (1998: 112) jedoch zu beachten, dass der mit dem Controlling verbundene Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht.

³⁹ Bevölkerungsdichte in OWL siehe Abschnitt 4.8.

Anreize zur Qualitätsverbesserung bzw. zum Qualitätswettbewerb werden auch durch den Gesetzgeber geschaffen. Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser seit dem Jahr 2005 dazu verpflichtet, im Abstand von zwei Jahren Qualitätsberichte zu veröffentlichen (im Jahr 2005 für das Jahr 2004). Die Berichte werden von den Krankenhäusern an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen weitergegeben, die diese dann im Internet veröffentlichen. Sie eröffnen Patienten, Ärzten, Krankenkassen und anderen Interessenten die Möglichkeit, sich über die Art, die Anzahl und die Qualität der angebotenen Leistungen der Krankenhäuser zu informieren. Die Inhalte der Qualitätsberichte sind in § 137 Abs.1 SGB V festgelegt. Demnach müssen die Krankenhäuser bekannt geben, ob sie die Mindestanforderungen an die Qualität erfüllen und ob sie die Mindestmengen bestimmter planbarer Leistungen umsetzen.⁴⁰

Qualitätsaspekte werden für die Patienten, die zuweisenden Ärzte und die Kostenträger bei der Beurteilung der Krankenhäuser eine immer wichtigere Rolle spielen, so dass ein zunehmender Wettbewerb der Krankenhäuser zu erwarten ist. Die Darstellung von Qualitätsvorteilen gegenüber Wettbewerbern kann dazu beitragen, die Zahl der Patienten zu erhöhen. Sie ist wichtig, da ansonsten allein Kostenaspekte für die Auswahl durch die Kostenträger entscheidend sind (Roeder u. a. 2004: 704). Dies trifft nicht nur auf die Krankenhäuser, sondern auf alle Gesundheitseinrichtungen zu, deren Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden.

Sowohl horizontale als auch vertikale Kooperationen tragen dazu bei, gegenüber Wettbewerbern Qualitätsvorteile zu erreichen: Wenn in horizontalen Kooperationen ein gemeinsames Management eingeführt wird und die Kooperationspartner vergleichbare Leistungen erbringen, können qualitätssichernde Aktivitäten koordiniert durchgeführt werden. Gemeinsame Schulungen im Qualitätsmanagement, die gemeinsame Erarbeitung von Qualitätsleitlinien oder auch Benchmarking (Prozessvergleiche) führen bei reduzierten Kosten zu einer Anpassung der Qualität auf hohem Niveau (Selbmann 1997: 256). Gemeinsame Weiterbildungsmaßnahmen, wie sie z. B. im Netzwerk der „Bauernbäder am Teutoburger Wald“ durchgeführt werden, können zum Erreichen eines ähnlichen Qualitätsstandards beitragen (siehe Abschnitt 6.4.3).

Studien zufolge können vertikale Kooperationen, bei denen gemeinsam Gesundheitsleistungen erbracht werden, zu Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen füh-

⁴⁰ Die Aussagekraft der Qualitätsberichte ist allerdings strittig. Weiteres hierzu siehe Selbmann 2004: 715 f.

ren, da z. B. die Kontinuität der Behandlungsabläufe gegeben ist und notwendige Therapien frühzeitig eingesetzt werden können. Um diese Vorteile nutzen zu können, sind geeignete Kommunikationssysteme erforderlich (Selbmann 1997: 256 f.), worauf im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

6.3.3.4 Gemeinsames Kommunikationssystem

Kommunikationssysteme spielen in der Gesundheitswirtschaft eine doppelte Rolle: Zum einen ist der Aufbau gemeinsamer Kommunikationssysteme mit neuen Technologien für eine schnelle, reibungslose und langfristig kostengünstige Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern notwendig. Zum anderen bieten Kommunikationssysteme eine größere Transparenz im Behandlungsablauf und führen damit zu einer besseren Abstimmung der Gesundheitsleistungen der verschiedenen Leistungserbringer.

„Kooperationen in der Gesundheitsversorgung leben vom Wissenstransfer“ (Mühlbacher 2002: 173). Ein gemeinsames Wissensmanagement durch die Verfügbarmachung des Know-hows der kooperierenden Einrichtungen kann zu langfristigen Wettbewerbsvorteilen führen, da das Wissen gebündelt wird und somit gemeinsam genutzt werden kann. Beispielsweise ist durch die Einrichtung von Datenbanken, die alle Kooperationspartner nutzen können, eine gemeinsame Dokumentation der Patientendaten (Diagnosen, Röntgenbilder, Medikationen etc.) in sogenannten „Elektronischen Krankenakten“ möglich, soweit die Patienten dazu ihr Einverständnis geben. Die Patientendaten sind den beteiligten Leistungserbringern entsprechend ihrer Zugangsberechtigung zur Verfügung zu stellen (Landesregierung NRW 2004: 62). Für die Leistungserbringer ergibt sich der Vorteil, dass sie Rückmeldungen über die Wirkungen ihrer Leistungen erhalten. Diese können Eingang in das gemeinsame Qualitätsmanagement finden.

Durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Jahr 2006 wird die Kommunikation der Patientendaten zwischen den Leistungserbringern zusätzlich erleichtert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem persönlichen Datenschutz beim Informationsaustausch ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, da es sich bei den Patientendaten um sehr sensible Daten handelt.

Bei Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung ist die Dokumentation der Patientendaten und der Datenaustausch zwischen den Kooperationspartnern sogar ge-

mäß § 140 b SGB V durch das Management zu gewährleisten: Es ist eine ausreichende Dokumentation sicherzustellen, die jedem Kooperationspartner im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich ist (DKG 2002: 16).

Die Einrichtung eines gemeinsamen Kommunikationssystems bedeutet allerdings für kooperierende Einrichtungen in den meisten Fällen eine Umstellung auf ein neues IT-System. Arztpraxen nutzen beispielsweise im Jahr 2004 ca. 200 verschiedene „Patienten-Verwaltungssysteme“ (Landesregierung NRW 2004: 61). Eine Anpassung und Vereinheitlichung der IT-Systeme führt zwar in der Regel längerfristig zu finanziellen Vorteilen, sie ist allerdings in der Anfangsphase sehr kostenintensiv und erfordert von den Mitarbeitern die notwendigen Kompetenzen, damit umgehen zu können (Ame- lung/Schumacher 2000: 33).

Gemeinsame Kommunikationssysteme führen nicht nur langfristig zu wirtschaftlichen Vorteilen, sondern ermöglichen auch aufgrund der besseren Abstimmung der Gesundheitsleistungen der verschiedenen Leistungserbringer einen größeren Behandlungserfolg. Durch die größere Transparenz im Behandlungsablauf werden Gesundheitsleistungen wie Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation besser aufeinander abgestimmt. Mehrfachuntersuchungen wegen fehlender Informationen lassen sich vermeiden, was zu einer geringeren Belastung der Patienten und zu einer Reduzierung der Kosten im Gesundheitssystem führt (Selbmann 1997: 257).

Moderne, medizinische Informationssysteme sind somit eine notwendige Voraussetzung für eine effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (Landesregierung NRW 2004: 55).

In der Region Ostwestfalen-Lippe ist das Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhau- sen mit seinem Kommunikationssystem ein Wegweiser, da es die bundesweit mo- dernsten Techniken der Telemedizin einsetzt. Patienten mit künstlicher Herzklappe können ihre Medikamentendosis zur Blutverdünnung selbständig zuhause anpassen. Sie geben ihre Daten telefonisch an ein telemedizinisches Zentrum weiter, wo die Da- ten von einem Arzt laufend überprüft werden. Eine aktive Beteiligung und Eigenver- antwortung der Patienten bei ihrer Therapie führten bereits zu einer deutlichen Sen- kung der Komplikationsrate von Thrombosen. Telemedizin ermöglicht gegenüber her- kömmlichen Verfahren eine erhebliche Senkung des zeitlichen und finanziellen Auf- wands der Datenkontrolle (OWL Marketing 2004: 25).

6.3.3.5 Gestaltung der Kooperations- und Netzwerkkultur mit Unterstützung der Mitarbeiter

Bei der Kooperation unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen treffen oftmals verschiedene Unternehmenskulturen zusammen. Da kulturelle Unterschiede Konfliktpotenzial beinhalten, können die Prozesse der gemeinsamen Leistungserstellung gefährdet werden. Daher sind die verschiedenen Kulturen nach Möglichkeit zu einer Kooperationskultur mit gemeinsamen Zielen, einheitlichen Werten und Normen, eindeutig kommunizierten Erwartungen und gegenseitigem Vertrauen zusammenzuführen (Mühlbacher 2004: 98).

Nach Hensen u. a. (2004: 88) ist „der Erfolg von Veränderungsmaßnahmen [...] maßgeblich davon abhängig, ob und inwieweit die betroffenen Mitarbeiter die Neuerungen realisieren und an ihrem Arbeitsplatz umsetzen“. Der „Erfolgsfaktor Mensch“ trägt entscheidend dazu bei, inwiefern Kooperationen etabliert werden können.

Allerdings stimmen der Veränderungswille und auch die Fähigkeiten der Mitarbeiter nicht immer mit den Erfordernissen überein, die Kooperationen mit sich bringen. Veränderungen werden häufig von Widerstand begleitet. Die Ursache dafür liegt nicht nur in den neuen, spezifischen Anforderungen, die häufig für die Mitarbeiter einen zusätzlichen Arbeitsaufwand mit sich bringen, sondern auch darin, dass sie eine Veränderung der eigenen Aufgabenfelder oder sogar den Verlust des Arbeitsplatzes befürchten (Hensen u.a. 2004: 88 f.). Vor allem Kooperationen der Krankenhäuser gehen häufig damit einher, dass Fachabteilungen zusammengelegt werden und somit Mitarbeiter in anderen Aufgabenfeldern eingesetzt oder Arbeitsplätze abgebaut werden.

Der Widerstand der Mitarbeiter kann in passiver und aktiver Form auftreten. Passiver Widerstand ist oft schwer zu erkennen und macht sich beispielsweise darin bemerkbar, dass die Mitarbeiter die angestrebten Veränderungsprozesse zeitlich verzögern oder nur unvollständig umsetzen. Aktiver Widerstand wird von den Mitarbeitern offen gezeigt, z. B. in Form von Versuchen, die Veränderungen rückgängig zu machen (Hensen u.a. 2004: 88 f.).

Vor allem der aktive Widerstand in Form von Tarifverhandlungen ist ein wichtiges oder sogar das wichtigste Hemmnis für Veränderungen und damit auch für Kooperationen und Fusionen. Kooperationen bzw. Fusionen von Einrichtungen, die unterschiedlichen Trägern (kirchliche, freigemeinnützige, öffentlich-rechtliche oder private) an-

gehören, kommen häufig nicht zustande, weil bei ihnen unterschiedliche Arbeits- bzw. Tarifrrechte bestehen, die sich nur schwer in Übereinstimmung bringen lassen. Einrichtungen schrecken vor allem vor Kooperationen mit anderen Einrichtungen zurück, wenn deren Mitarbeiter Erfahrungen in Tarifverhandlungen bzw. -kämpfen haben und damit die eigenen Mitarbeiter beeinflussen können.

Den Führungskräften kommt daher bei der Gestaltung der notwendigen Veränderungsprozesse die wichtige Aufgabe zu, die Mitarbeiter im Rahmen der Personalentwicklung auf die neuen Anforderungen vorzubereiten und sie dafür zu motivieren (Hensen u. a. 2004: 88). Nach Hensen u. a. (2004: 91) wird in Gesundheitseinrichtungen im Gegensatz zu vielen anderen Wirtschaftszweigen noch nicht genug in die Personalentwicklung investiert. Möglichkeiten der Motivationsförderung bei den Mitarbeitern sind frühzeitig in die Überlegungen des Managements einzubeziehen, um bei ihnen eine positive Einstellung gegenüber Kooperationen zu erreichen. Dies ist um so besser möglich, je mehr den Mitarbeitern die Veränderungsprozesse transparent gemacht werden und je eher sie in die Prozesse einbezogen werden. Ihnen ist zum einen zu vermitteln, welche Bedeutung bzw. Notwendigkeit die Anpassung der Einrichtung an die Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft hat, zum anderen, welcher individuelle Nutzen damit verbunden sein kann, Veränderungen mitzugestalten (Hensen u. a. 2004: 88-90).

In größeren Gesundheitseinrichtungen kommt dabei vor allem dem mittleren Management (z. B. Abteilungs- und Stationsleitungen, Oberärzten) die Aufgabe zu, die Erwartungen an ihre Mitarbeiter zu kommunizieren, diese glaubwürdig vorzuleben und dabei auf deren Probleme einzugehen. Es ist erforderlich, dass die Mitarbeiter sich nicht als Betroffene, sondern als Beteiligte fühlen. Eine vertrauensvolle Informations- und Kommunikationskultur, die auch Möglichkeiten der Interaktion aufzeigt, ist ein entscheidender Faktor für das Funktionieren und Steuern von Veränderungen (Hensen u. a. 2004: 89). Auch Endress (1991: 55) sieht in der Informations- und Kommunikationskultur einen wesentlichen Erfolgsfaktor: „Eine möglichst breite Information über die Kooperationsziele und zu erwartende Auswirkungen auf etwaige Betroffene sollte selbstverständlich sein“.

Darüber hinaus kann durch die frühzeitige Einbeziehung der Mitarbeiter ihr vorhandenes Erfahrungspotenzial genutzt werden. Die Entwicklungen von Kooperationen und die damit verbundenen Schwachstellen können am besten von den daran beteiligten

Mitarbeitern analysiert werden. Sie sind dazu zu ermuntern, Maßnahmen im Rahmen eines betrieblichen Vorschlagswesens zur Diskussion zu stellen. Die Förderung der Selbstverantwortung der Mitarbeiter und die Würdigung ihrer Initiative ist nicht nur für die erfolgreiche Umsetzung der Kooperationsvorhaben notwendig, sondern für alle langfristigen, strategischen Veränderungen (Hensen u. a. 2004: 90).

Die Bereitschaft der Mitarbeiter, die Kooperationen zu unterstützen, kann über Anreizsysteme erhöht werden. Da finanzielle Anreize in vielen öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen aufgrund der jeweils geltenden Tarifstruktur und der gegenwärtig schwierigen wirtschaftlichen Situation nur begrenzt möglich sind, lassen sich Anreize wie Weiterbildungsförderungen und Karriereplanungen eher einsetzen. Dabei kann nicht nur den Wünschen der Mitarbeiter nachgekommen werden, sondern dies trägt auch dazu bei, dass die Entwicklung der Kooperationen unterstützt wird. Weiterbildungsmaßnahmen vermitteln den Mitarbeitern die für Kooperationen notwendigen außer- und überfachliche Qualifikationen, eine berufsübergreifende Handlungsfähigkeit sowie Einstellungs- und Verhaltensmuster.

6.3.4 Betriebsphase

Erst in der Betriebsphase beginnen die Kooperationspartner, gemeinsam Gesundheitsleistungen zu erbringen. In dieser Phase zeigt sich, inwieweit die Kooperationspartner dazu fähig sind, durch eine geeignete Planung, Steuerung und Kontrolle der Prozesse erfolgreich zu sein (Mühlbacher 2004: 100). Während der Leistungserstellung hat eine kontinuierliche Überprüfung und Dokumentation der gemeinsamen Zielsetzung und Strategien zu erfolgen. Zum einen ist festzustellen, ob sich der gewünschte Erfolg aus Sicht der einzelnen Kooperationspartner einstellt. Zum anderen ist die Anpassung der Ziele und Strategien an das Umfeld zu kontrollieren, d. h. an die gesetzlichen Vorgaben und Vorgaben der Kostenträger, das Wettbewerbsumfeld und die Bedürfnisse der Nachfrager. Wenn nötig, ist die Ziel- und Strategieweichenstellung zu modifizieren. Dementsprechend sind die Organisation, die Leistungsprozesse und die Dienstleistungen anzupassen (Mühlbacher 2004: 104). Bei dieser Anpassung kann auf externes Know-how zugegriffen werden, indem externe Gesundheitseinrichtungen und Institutionen des Technologie- und Wissenstransfers in den Verbesserungsprozess eingebunden werden.

Kooperationen sind in der Betriebsphase nur dann erfolgreich, wenn es den Kooperationspartnern gelingt, aus Sicht des Marktes eine bessere Leistung zu erbringen als ohne

die Kooperation (Balling 1998: 106). Es stellt sich daher die Frage, welche Wirkung das gemeinsame Leistungsangebot auf die Nachfrager, die zuweisenden Ärzte und die Kostenträger hat. Bucklin und Sengupta (1993: 44) empfehlen, eine kontinuierliche Betrachtung des Kooperationsziels und -ergebnisses aus der Perspektive des Marktes vorzunehmen. Kann aus Sicht des Marktes durch die Kooperation keine bessere Gesundheitsversorgung erreicht werden als ohne die Kooperation, ist zu überlegen, ob eine Verbesserung der Leistungen oder des Marketings zu erfolgen hat. Neben dieser Anpassung an den vorhandenen Markt ist den Kooperationspartnern anzuraten, ständig bemüht zu sein, aussichtsreiche neue Märkte zu identifizieren und Strategien zur Gewinnung neuer Nachfrager zu erarbeiten.

6.3.5 Rekonfigurationsphase

Kann in der Betriebsphase kein größerer Nutzen aus Sicht der Kooperationspartner realisiert werden als ohne die Kooperation, ist zu erörtern, ob eine Fortführung der Kooperation weiterhin sinnvoll ist. Eine Alternative zur Aufgabe der Kooperation besteht darin, dass weitere Partner in die Kooperation aufgenommen werden. Sie bringen in der Regel neue Kernkompetenzen ein, was dazu führen kann, dass z. B. neues technologisches Wissen genutzt werden kann und somit qualitativ hochwertigere Leistungen oder ein breiteres Leistungsspektrum angeboten werden können.

Mühlbacher (2004: 104) vertritt die Auffassung, dass die Auflösung von Kooperationen dann angebracht ist, wenn keine der beteiligten Gesundheitseinrichtungen mehr davon strategisch oder wirtschaftlich profitiert. Hier kann der Einwand erhoben werden, dass der Nutzen von Kooperationen nicht nur in einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Beteiligten besteht, sondern auch in der Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und die damit verbundene Wohlfahrtssteigerung sollte eine „übergeordnete Zielsetzung“ der Einrichtungen sein. Wenn Kooperationen zur Verbesserung der Versorgung beitragen und sich die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen dadurch nicht verschlechtert, erscheint eine Weiterführung der Kooperationen gerechtfertigt.

6.3.6 Zwischenfazit

In Abschnitt 6.3 wurde aufgezeigt, dass bei der Entwicklung von Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen verschiedene Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren eine Rolle spielen. Die Entwicklung der Kooperationen kann anhand eines Kooperationsphasen-Modells in fünf zeitliche Phasen untergliedert werden. Je nachdem, in welcher zeitlichen Phase sich Kooperationen befinden, kommen unterschiedliche Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren zum Tragen. Gesundheitseinrichtungen, die planen, Kooperationen zu gründen bzw. ihnen beizutreten, liefert das Kooperationsphasen-Modell eine Orientierungshilfe.

Im folgenden Abschnitt 6.4 wird anhand von Fallbeispielen aus der Region Ostwestfalen-Lippe veranschaulicht, unter welchen Voraussetzungen es zur Gründung von Kooperationen kommen kann und wie diese erfolgreich weiterentwickelt werden können. Um die wesentlichen Bereiche der Gesundheitswirtschaft zu erfassen, werden als Fallbeispiele Kooperationen aus dem ambulanten Sektor, dem Krankenhaussektor und dem Rehabilitationssektor ausgewählt. Zudem werden unterschiedliche Funktionsbereiche erfasst: die Erstellung von Dienstleistungen, die Aus- und Weiterbildung und das Dienstleistungsmarketing. Die vorgestellten Kooperationen nehmen in der Region Ostwestfalen-Lippe eine Vorbildfunktion ein, da jede von ihnen auf ihre Weise innovativ und in der Region einmalig ist.

6.4 Fallbeispiele für Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe

6.4.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung durch ambulante Einrichtungen:

Das Ärztenetzwerk „Medizin und Mehr“

Das Ärztenetzwerk „Medizin und Mehr“ (MuM) wurde als eines der ersten Ärztenetzwerke Deutschlands gegründet.⁴² Ausschlaggebend für die Gründung des Netzwerks durch den Mediziner Robert Kluger war der Gedanke an eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit der teilnehmenden Praxen. Erste Vorbereitungen für die Gründung des Netzwerks wurden im Juli 1996 getroffen. Aufgrund einer wachsenden Fremdbestimmung durch die Kostenträger, einer zunehmenden Bürokratisierung der Berufstätigkeiten der Ärzte und steigender Kosten kam es auf Initiative von Kluger zu einem Treffen einer kleinen Gruppe von Ärzten. Dabei entstand die Idee, ein Ärztenetzwerk auf Basis eines eigenen Honorarmodells zu gründen. Die „Verteilungskämpfe“ der Ärzte um Honorare sollten dadurch eingedämmt werden. Zudem sollten die bürokratischen Vorgaben bei den täglichen ärztlichen Tätigkeiten gelockert werden.

Im Dezember 1996 wurde ein Treffen organisiert, zu dem alle im Versorgungsgebiet⁴³ ansässigen Ärzte (63 an der Zahl) eingeladen wurden. Es kam zur Gründung des Netzwerks „Medizin und Mehr“, an der sich 43 Ärzte verschiedener Fachrichtungen beteiligten. Im folgenden Jahr 1997 wurde das vom Ärztenetzwerk entwickelte Honorarmodell der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vorgestellt, die eine Prüfung und Unterstützung des Modells bei der Realisierung zusagte.

Eine Grundlage für das Honorarmodell stellten die im Fünften Sozialgesetzbuch formulierten Modellvorhaben dar, die neue Kooperationsformen ermöglichen. Gesundheitseinrichtungen können im Rahmen von Modellvorhaben mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen neue Kooperationsformen mit individuellen Honorierungssystemen vereinbaren. Das Anliegen des Gesetzgebers ist, mit neuen Kooperationsformen zwischen den Gesundheitseinrichtungen Wirtschaftlichkeitsreserven auszu schöpfen und die Qualität der Versorgung zu verbessern (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 116 f., 164 f., 217 f.).

Modellvorhaben sind gemäß §§ 63-65 SGB V wissenschaftlich zu evaluieren. Daher beauftragte das Ärztenetzwerk die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit der Evaluation.

⁴² Die folgenden Ausführungen beruhen auf Experteninterviews in den Jahren 2003 und 2004.

⁴³ Das Versorgungsgebiet umfasst die Städte Bünde, Rödinghausen und Kirchlengern im Kreis Herford.

Das Ärztenetzwerk führte ein internes Management ein und gründete eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Nachdem die Honorarverteilung für die anfänglich 36 Teilnehmer des Honorarmodells festgelegt worden war, kam es Ende 1997 zum Abschluss des Honorarvertrags zwischen dem Ärztenetzwerk und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Der Vertrag wurde anfänglich auf eine Laufzeit von vier Jahren begrenzt, ist aber inzwischen bis zum Jahr 2006 verlängert worden.

Seit 1997 nahm die Zahl der Mitglieder stetig zu. Im Jahr 2004 gehörten 62 Ärzte dem Netzwerk an; 46 von ihnen beteiligten sich am Honorarmodell. Damit waren in dem Versorgungsgebiet rund 90 Prozent der ansässigen Ärzte in das Netzwerk integriert.⁴⁴ Sie versorgten im Einzugsgebiet rund 70.000 Patienten und wiesen pro Jahr rund 220.000 Patientenkontakte auf.

Honorarmodell

Ohne die Nutzung eines individuellen Honorarmodells erfolgt die Vergütung kassenärztlicher Leistungen folgendermaßen: Die Krankenkassen als Kostenträger entrichten an die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Budget (Gesamtvergütung) für das gesamte Versorgungsgebiet, beispielsweise Westfalen-Lippe. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen dieses Budget entsprechend der abgerechneten Leistungen an die Ärzte (Oberender/Hebborn/Zertz 2002: 216). Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach einem detaillierten Gebührenverzeichnis, bei dem den Leistungen Punktwerte zugeordnet werden, dem sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM). Diese pauschale Vergütung ist insofern problematisch, als sie den Ärzten den Anreiz bietet, mit einer Leistungsausweitung die eigene Vergütung zu steigern. Da das Budget für ein Versorgungsgebiet in seiner Höhe von der Anzahl der Leistungen unabhängig ist, führt die Leistungsausweitung zu einer abnehmenden Bewertung der einzelnen Leistungen.

Da dieser Effekt auch im Versorgungsgebiet des Ärztenetzwerks zu beobachten war, entstand die Idee, ein individuelles Honorarmodell einzuführen. Diejenigen Ärzte, die am Honorarmodell teilnehmen, erhalten von der Kassenärztlichen Vereinigung ein Gesamtbudget, das jährlich neu verhandelt wird. (Die Krankenkassen sind an den Verhandlungen nicht beteiligt.) Für die Honorarverteilung werden die durchschnittlichen Fallzahlen und Fallwerte der teilnehmenden Ärzte zugrundegelegt. Pro Quartal werden den Ärzten praxis- bzw. fachgruppenspezifische Fallpauschalen gezahlt. Darüber hin-

⁴⁴ Stand: Mai 2004.

aus wird für jeden Arzt eine maximale Fallzahl festgelegt. Übersteigt die Anzahl der behandelten Patienten dieses Limit, so werden die darüber hinausgehenden Leistungen nicht vergütet.

Bei der Honorarverteilung werden die Investitionen der Ärzte in die Praxisausstattungen berücksichtigt, sodass ein Arzt, der mehr investiert, einen größeren Anteil vom Budget erhält. An- und Abschaffungen werden regelmäßig neu bewertet und von den Ärzten untereinander kontrolliert. Dadurch wird verzerrten Abrechnungen vorgebeugt.

Die bisherigen Erfahrungen der Ärzte mit dem Modell zeigen, dass die damit verbundenen Ziele erreicht werden. Die selbst bestimmte Aufteilung der Gesamtvergütung nach praxisindividuellen Leistungen wird von den teilnehmenden Ärzten als ein großer Vorteil angesehen. Das Modell bietet den teilnehmenden Ärzten vor allem Planungssicherheit durch das langfristig kalkulierbare Honorar. Dadurch sind längerfristige Planungen von Investitionen eher möglich. Ein weiterer Vorteil des Honorarmodells ist, dass die Verwaltungstätigkeiten der Praxen zur Honorarberechnung abgebaut werden konnten. Hinsichtlich ihrer Höhe und Entwicklung entsprechen die Honorare der Ärzte ungefähr der Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab durch die Kassenärztliche Vereinigung (Kluger 2004a: 6).

Durch das Honorarmodell ist die Effizienz der Leistungen gestiegen, denn der Anreiz zur Leistungsausweitung wird vermieden. Überflüssige Leistungen wie Mehrfachuntersuchungen konnten abgebaut werden. Die Ärzte des Netzwerks erbringen pro Quartal und Praxis im Durchschnitt 1000 Einzelleistungen bzw. 20 Prozent der Leistungen weniger als nicht vernetzte Ärzte in NRW, wie die Evaluation der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld ergab.

Kritikern zufolge kann ein Leistungsrückgang auch darauf zurückzuführen sein, dass durch die Vergütung in Form von Fallpauschalen der Anreiz geringer ist, notwendige Leistungen zu erbringen (Essen 1998: 82; Schmidt 2002: 56). Die Gesundheitswissenschaftliche Fakultät der Universität Bielefeld wies allerdings nach, dass der Rückgang der Leistungen nicht mit einem Rückgang des Qualitätsniveaus gleichzusetzen ist, da durch die teilnehmenden Ärzte wesentlich mehr Investitionen getätigt werden als früher. Auch weitere negative Effekte, die durch pauschale Vergütungssysteme entstehen können, wie z. B. Risikoselektion, traten im Ärztenetzwerk nicht auf.

Organisationsstruktur

Neben dem Honorarmodell haben die Mitglieder des Ärztenetzwerks in den letzten Jahren weitere Projekte initiiert. Es wurden insgesamt sechs Gesellschaften und fünf Arbeitsgruppen gegründet, die in Abbildung 34 dargestellt sind.

Im Jahr 2000 wurde die „Forum Dienste GmbH“ gegründet, da bei den Netzwerkteilnehmern der Wunsch bestand, eine Netzwerkzentrale einzurichten und verschiedene zusätzliche Gesundheitsleistungen an einem Ort anzubieten. Dazu bauten die Ärzte eine Immobilie in Eigenarbeit zu einem Gesundheitszentrum um. Die Forum Dienste GmbH agiert als Investor. Die Mieter des Gebäudes sind die netzeigenen Gesellschaften, die in Abbildung 34 aufgeführt sind. Im Gesundheitszentrum haben neben der Netzwerkzentrale eine IGEL-Praxis, eine physiotherapeutische Praxis „Physiomed“, ein Zentrum für medizinische Trainingstherapie „Physiotrain“, eine zentrale Notfallpraxis und ein Call-Center ihren Sitz.

Bei der IGEL-Praxis handelt es sich um eine netzeigene Praxis, die individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) anbietet. Individuelle Gesundheitsleistungen sind Leistungen, die finanziell nicht von den Krankenkassen getragen werden und somit von den Patienten privat bezahlt werden, beispielsweise spezielle Naturheilverfahren (DKG 2004 b: 31).⁴⁵ Die physiotherapeutische Praxis bietet ein ganzheitliches, auf Prävention ausgerichtetes Behandlungskonzept in der Krankengymnastik an. Im Zentrum für medizinische Trainingstherapie wird für die Patienten ein individuelles Trainingskonzept erstellt. Das Training wird von medizinischem Fachpersonal betreut.

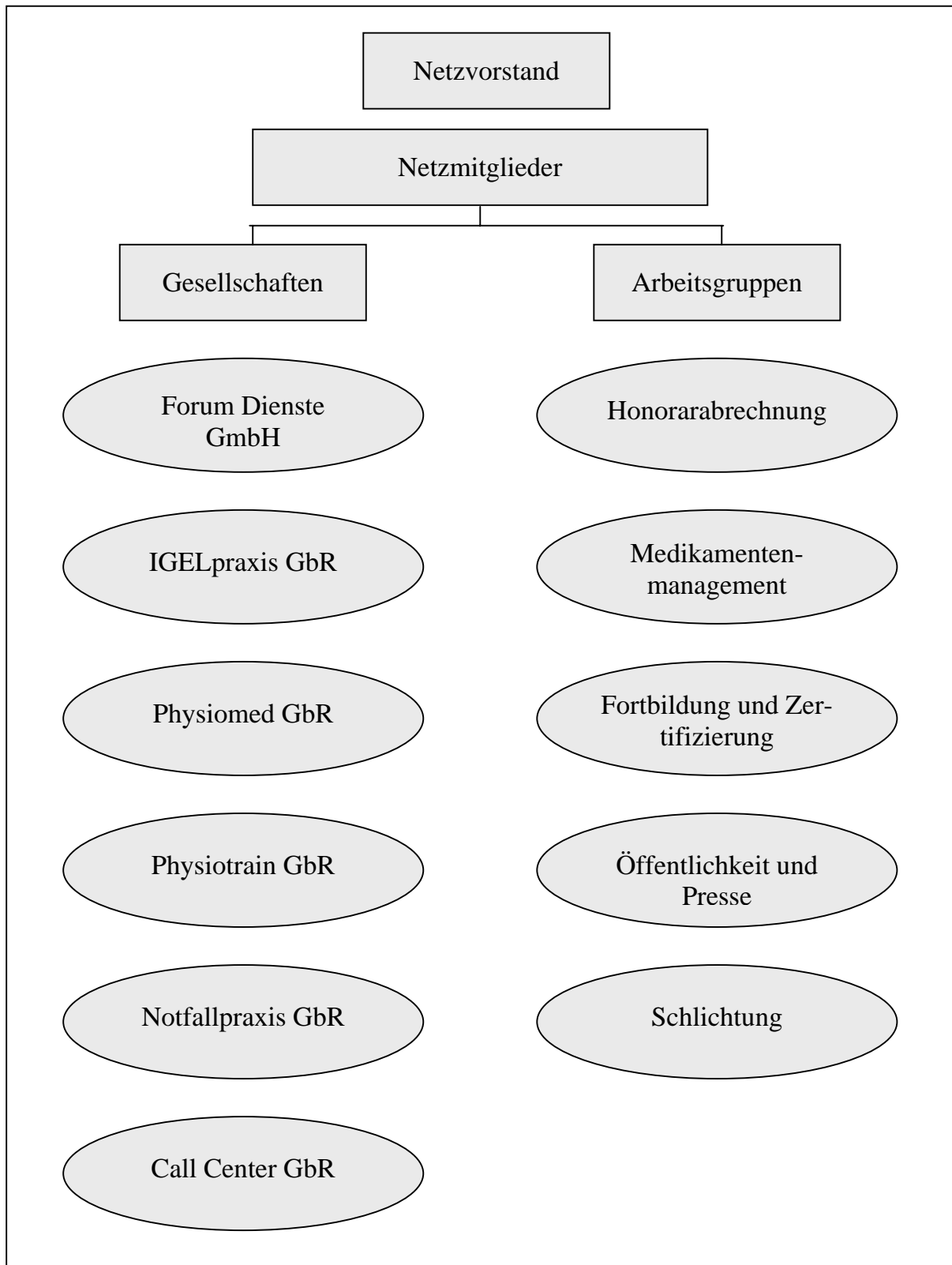
Eine weitere Leistung des Netzwerks ist die Notfallpraxis, die den bisherigen wechselseitigen Bereitschaftsdienst im Versorgungsgebiet ersetzt. Den beteiligten Ärzten bietet die Mitarbeit in der Notfallpraxis den großen Vorteil, dass sie weniger häufig einsatzbereit sein müssen. Die Aktivierung des Notdienstes erfolgt über Anrufe der Patienten im Call-Center. Das Call-Center ist eine zusätzliche Einrichtung neben der Notfallpraxis, die die Steuerung des Notdienstes und die Betreuung chronisch kranker Patienten übernimmt. Bei den Mitarbeitern des Call-Centers handelt es sich um medizinisch ausgebildete Fachkräfte mit langjähriger praktischer Erfahrung, die die Anrufer kompetent beraten.

⁴⁵ IGEL, die sich als zusätzliche Leistungsangebote besonders eignen, wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den ärztlichen Berufsverbänden in einer sogenannten „IGEL-Liste“ als Orientierungshilfe für Ärzte zusammengestellt (DKG 2004 b: 31 f.).

Neben den genannten Gesellschaften gibt es im Netzwerk fünf Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themengebieten. Eine der Arbeitsgruppen kümmert sich beispielsweise um die Fortbildung der Ärzte und Arzthelfer und die Weiterbildung der Patienten. Hierzu unterhält das Netzwerk ein Seminargebäude mit Konferenz- und Schulungsräumen.

Neben den dargestellten Tätigkeiten realisieren die Mitglieder des Netzwerks weitere Projekte und Aktivitäten, die der medizinischen Weiterentwicklung des Netzwerks dienen und als Zukunftsinvestitionen verstanden werden. Beispielsweise wurde im Jahr 2000 ein Intranet aufgebaut, das dem Austausch medizinischer Patientendaten dient, soweit die Patienten dazu ihre Zustimmung geben. Ein Pilotprojekt stellt der elektronische Transfer medizinischer Daten zwischen dem Ärztenetzwerk und dem regionalen Krankenhaus dar, die sogenannte Telemedizin.

Abb. 34 Organisationsstruktur des Ärztenetzwerks „Medizin und Mehr“



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wulf (2004: 13 f.)

Vorteile für die teilnehmenden Ärzte und Patienten durch das Netzwerk

Durch die Mitwirkung im Netzwerk ergeben sich für die Ärzte wirtschaftliche Vorteile. Investitionen in personelle und sachliche Ressourcen, die für einen Arzt allein finanziell nicht tragbar wären, können gemeinsam getätigt werden. Dazu gehören sämtliche Angebote im Gesundheitszentrum. Durch die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen, wie z. B. den Seminarräumen, können Kosten reduziert werden. Die Teilnehmer des Netzwerks kaufen Ge- und Verbrauchsgüter für die eigene Nutzung gemeinsam ein, sodass mit den Lieferanten günstigere Preise ausgehandelt werden können.

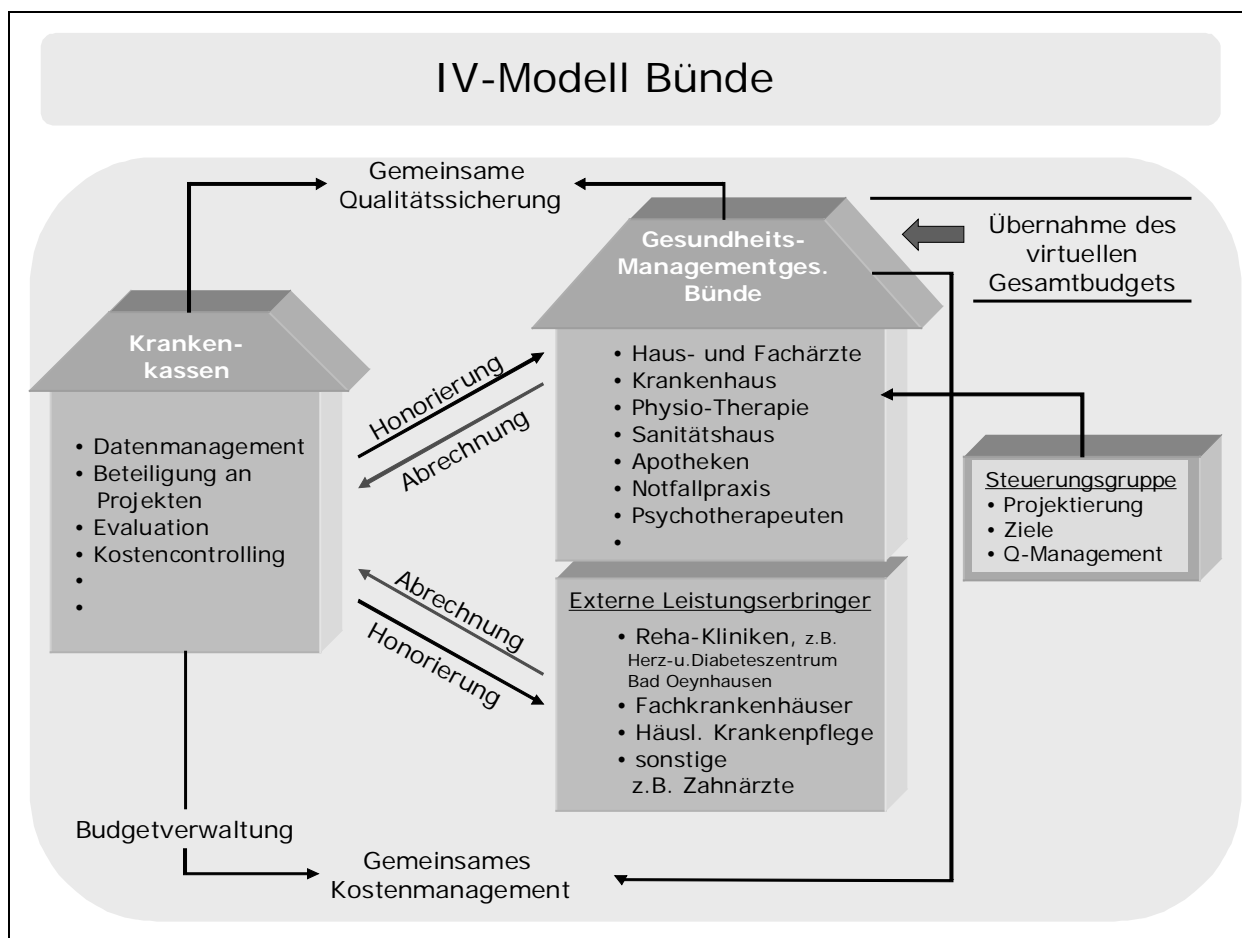
Durch die Selbstbestimmung der Netzwerkmitglieder bei der Honorarverteilung entwickelte sich eine Gruppendynamik, die dem fächerübergreifenden Know-how-Transfer zugute kommt. Im Netzwerk finden regelmäßig monatliche Zusammenkünfte statt, bei denen Anwesenheitspflicht herrscht und Informationen ausgetauscht werden. Das Know-how im Netzwerk steigt auch dadurch, dass die Ärzte und deren Mitarbeiter häufig Fortbildungsveranstaltungen besuchen. Für die Auszubildenden wird ein Rotationsverfahren angeboten, bei dem sie die Möglichkeit haben, die Praxen der verschiedenen Mitglieder kennen zu lernen.

Die Patienten sind mit den Leistungen der Ärzte zufriedener und schätzen das Vertrauensverhältnis zu den Ärzten seit der Einführung des Honorarmodells als verbessert ein, wie die Evaluation der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld zeigt. Die Patienten profitieren insofern vom Ärztenetzwerk, als sie Leistungen in Anspruch nehmen können, die über die normalen Leistungen der Ärzte hinausgehen, wie z. B. individuelle Gesundheitsleistungen und Schulungen. Die Information der Patienten über solche Angebote erfolgt über die Öffentlichkeitsarbeit, für die eigens eine Arbeitsgruppe eingerichtet wurde. Patienten des Netzwerks genießen darüber hinaus den Vorteil, dass sie innerhalb des Netzwerks bevorzugt behandelt werden. Durch die Kooperation der Ärzte findet ein schneller Informationsaustausch über das Intranet statt, wodurch Diagnosen schneller und fehlerfrei erstellt werden können. Seit der Gründung des Netzwerks hat sich gezeigt, dass Überweisungen der Patienten an stationäre Einrichtungen zurückgegangen sind. Dies könnte möglicherweise auf die verbesserte ambulante Versorgung durch die Netzwerkärzte zurückzuführen sein.

Das Ärztenetzwerk als Anbieter integrierter Versorgung

Die Mitglieder des Netzwerks sehen die Mitwirkung bei der integrierten Versorgung als wichtige Herausforderung an. Laut Kluger (2004b: 3) kann die Entwicklung der integrierten Versorgung als eine strukturelle Konsequenz der Effizienzorientierung der Gesundheitswirtschaft bezeichnet werden. Das Ärztenetzwerk zeigt sich daher für die Möglichkeiten offen, die die Gesetzgebung zur integrierten Versorgung bietet. Bereits 1999 wurde mit anderen Leistungsanbietern zusammen ein umfassendes Konzept für die integrierte Versorgung geplant und laufend weiterentwickelt. Für denkbar halten die Ärzte die Gründung einer Managementgesellschaft zusammen mit weiteren Leistungsanbietern, mit denen bereits Vorgespräche stattgefunden haben. Im Rahmen der integrierten Versorgung würde die Managementgesellschaft mit externen Leistungserbringern, wie z. B. Reha-Kliniken, kooperieren. Die Managementgesellschaft könnte die Budgetverantwortung für das gesamte Versorgungsgebiet mit rund 70.000 Patienten übernehmen. Das Konzept des Ärztenetzwerks zur integrierten Versorgung ist in der folgenden Abbildung veranschaulicht:

Abb. 35 Modell einer integrierten Versorgung



Quelle: Kluger 2004b: 12

Wie Abbildung 35 zeigt, ist eine enge Zusammenarbeit der Managementgesellschaft mit den Krankenkassen beim Qualitäts- und Kostenmanagement vorgesehen. Wenn die beteiligten Leistungserbringer die Budgetverantwortung für das gesamte Versorgungsgebiet übernehmen, stehen diese beiden Managementaufgaben im Vordergrund. Ziel ist es, einen einheitlichen Qualitätsstandard unter den Leistungserbringern zu erreichen und gleichzeitig die Behandlungsabläufe und Übergänge der Patienten an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern zu optimieren. Das Konzept wurde den Landesverbänden der Krankenkassen Anfang 2004 vorgelegt. Einige Krankenkassen signalisierten bereits ihre Beteiligung bei der Umsetzung. Bisher ist allerdings noch keine Entscheidung gefallen.⁴⁶

Fazit

Der Erfolg des Ärztenetzwerks lässt sich nicht nur durch das Honorarmodell erklären. Mehrere Faktoren sind dem Erfolg des Netzwerkes zuzuschreiben:

- Die leitenden Akteure zeigten für den Aufbau und das Management des Netzwerkes außergewöhnliches Engagement.
- Es besteht eine gute Kommunikation der Ärzte untereinander, die durch regelmäßige Zusammenkünfte institutionalisiert wurde.
- Das Ärztenetzwerk hat mit 58 Mitgliedern eine überschaubare Größe. Die Unternehmensberatung McKinsey stellte in einer Studie fest, dass Netzwerke mit einer Anzahl von 50 bis 70 Mitgliedern optimal funktionieren.

Diese Faktoren sind für eine erfolgreiche Übertragung des Netzwerkmodells auf andere Ärztenetzwerke zu berücksichtigen. Würde nur das Honorarmodell ohne eine Entwicklung der entsprechenden Netzwerkstrukturen umgesetzt werden, so kann davon ausgegangen werden, dass dieses eher zu einer Verschlechterung der durch die Ärzte angebotenen Leistungen führen würde. Das Honorarmodell würde keinen Anreiz bieten, den Qualitätsstandard der angebotenen Leistungen aufrechtzuerhalten oder gar zu verbessern. Den Ärzten ist daher ein bestimmter Qualitätsstandard verbindlich vorzugeben. An ihm orientiert sich der Anteil des Gesamtbudgets, den sie erhalten. Steigt der Qualitätsstandard oder verringert er sich, so kann der Honoraranteil dementsprechend angepasst werden.

Mit seinem Konzept zur integrierten Versorgung kann das Ärztenetzwerk MuM als Wegweiser für andere Ärztenetzwerke bezeichnet werden. Das Konzept ist in der Re-

⁴⁶ Stand: Mai 2004

gion Ostwestfalen-Lippe insofern einzigartig, als die Initiative von Seiten der ambulanten Leistungserbringer ausgeht. Nach Expertenaussagen werden Konzepte zur integrierten Versorgung üblicherweise durch die stationären Leistungserbringer erstellt und bei den Krankenkassen beantragt. Darüber hinaus stellt die integrierte Versorgung eines gesamten Versorgungsgebietes ein Novum dar. Da die einzelnen Teilprojekte, die das Konzept zur integrierten Versorgung umfasst, bereits in ähnlicher Form im Ärztenetzwerk erprobt und kontinuierlich verbessert worden sind, besteht bereits ein entsprechendes Know-how, auf das bei der Umsetzung zurückgegriffen werden kann. Im Allgemeinen können sich aufgrund unterschiedlicher Interessen der Leistungserbringer verschiedener Versorgungssektoren (in diesem Beispiel zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken) Schwierigkeiten ergeben. Laut Kluger würden mögliche Hürden bei der Umsetzung dieses Konzeptes zur integrierten Versorgung jedoch überwunden, da zwischen den Kooperationspartnern Unvoreingenommenheit und Toleranz herrscht. Aufgrund der bisherigen guten Zusammenarbeit planen die Partner bereits weitere Projekte.

6.4.2 Gemeinsame Aus- und Weiterbildung durch Krankenhäuser:

Die „Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen“

Die Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) ist eine gemeinsame Ausbildungsstätte von sechs Krankenhausträgern mit acht Krankenhäusern in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH.⁴⁷ Es handelt sich um Krankenhausträger im Kreis Gütersloh und der kreisfreien Stadt Bielefeld, die sich eine qualitätsorientierte Ausbildung in den Pflegeberufen zum Ziel gesetzt haben. Zu den beteiligten Krankenhäusern der Ausbildungsstätte gehören:

- Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Neurologie Gütersloh,
- Städtisches Klinikum Gütersloh,
- St. Elisabeth Hospital Gütersloh,
- St. Lucia Hospital Harsewinkel (Zweigstelle des St. Elisabeth Hospital Gütersloh),
- Städtisches Krankenhaus Versmold,
- Evangelisches Krankenhaus Rheda,
- Klinikum Mitte in Bielefeld,
- Klinikum Rosenhöhe in Bielefeld.

Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Experteninterview im Februar 2003 und auf Materialien der ZAB von 2004.

Die Situation in der Ausbildung vor Gründung der ZAB

Vor der Gründung der ZAB bildete die Westfälische Klinik Gütersloh ihre Pflegekräfte an der eigenen Schule aus. Da die Zahl der genehmigten Ausbildungsplätze (für die theoretische und praktische Ausbildung) die Zahl der praktischen Ausbildungsplätze in der eigenen Klinik mit der Zeit übertraf, wurde auf die praktischen Ausbildungsangebote nahegelegener Kliniken im Kreis Gütersloh zurückgegriffen. Die Auszubildenden absolvierten somit die theoretische Ausbildung in der Schule der Westfälische Klinik Gütersloh und die praktische Ausbildung in anderen Kliniken. Die Westfälische Klinik Gütersloh befand sich in der Situation, dass sie zwar den Schülerbestand über das Pflegesatzbudget finanzierte, aber ein Teil der Schüler die praktische Ausbildung nicht in der eigenen Klinik absolvierte. Diese Schüler wurden trotzdem dem Personalbestand zugerechnet, sodass es an Pflegekapazität in der eigenen Klinik fehlte. Aufgrund zunehmender Auszubildendenzahlen waren die personellen, sachlichen und

⁴⁷ Stand: Oktober 2004

räumlichen Kapazitäten bei der theoretischen Ausbildung bald ausgeschöpft. Zudem konnten die Vorgaben der Landesregierung bezüglich des Verhältnisses der Auszubildenden zum Pflegepersonal nicht eingehalten werden. Dies ist insofern problematisch, als das Pflegepersonal sein Wissen an die Auszubildenden weitergibt. Bei einer zu großen Anzahl an Auszubildenden ist der Wissenstransfer unzureichend. Daher konnte die Ausbildungsqualität in der Westfälische Klinik Gütersloh nicht mehr sichergestellt werden. Des Weiteren ergab sich für die Westfälische Klinik Gütersloh das Problem, dass die anderen Kliniken, in denen die praktische Ausbildung absolviert wurde, die Auszubildenden abwarben.

Aber auch für die übrigen beteiligten Krankenhäuser war diese Vorgehensweise bei der Ausbildung nicht effektiv, denn es wurde ein Ausbildungsweg verfolgt, der sich nicht durchweg an den sich verändernden Leistungen orientierte, die die Krankenhäuser zu erfüllen hatten. Der Einsatz moderner Technologien und wachsende Ansprüche der Patienten führten zu einer Ausweitung des Aufgabenumfangs in den Gesundheitsberufen. Dies erforderte von den Angestellten ein umfangreicheres Fachwissen, das in der Ausbildung nur unzureichend vermittelt wurde.

Im Jahr 1992 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, mit dem der Gesetzgeber eine Kostensenkung in der Gesundheitswirtschaft erzielen wollte (MAGS NRW 1996: 1; Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 109 f.). Im Krankenhaussektor trat ein Prozess der Strukturbereinigung ein, der unter anderem durch Bettenabbau und Verweildauerverkürzungen gekennzeichnet war. Durch den Rückgang der Verweildauer der Patienten stieg die Pflegeintensität und damit die Belastung des Pflegepersonals an (MAGS NRW: 1996: 3). Das Leistungsspektrum der Krankenhäuser wurde aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes erweitert, sodass nun auch ambulante Versorgungsleistungen angeboten werden konnten. Dies erhöhte den Aufgabenumfang des Pflegepersonals zusätzlich und führte dazu, dass darunter der Wissenstransfer zwischen dem Pflegepersonal und den Auszubildenden litt. Aufgrund dieser Situation wurde es für Krankenhäuser zunehmend schwieriger, eine flächendeckende, bedarfsgerechte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in ihrem Versorgungsgebiet allein ohne Kooperationspartner sicherzustellen.

Die Gründung der ZAB

Die Westfälische Klinik Gütersloh hatte im Jahr 1993 die Idee, eine zentrale Ausbildungsstätte für den Kreis Gütersloh einzurichten. Sämtliche Krankenhausträger im Kreis Gütersloh wurden eingeladen, um ihnen diese Idee zu unterbreiten. Für die übrigen Krankenhausträger war eine Ausbildungsstätte in gemeinsamer Trägerschaft anfangs unvorstellbar. Trotz vieler Gegenargumente kam die Einrichtung einer zentralen Ausbildungsstätte nach drei Jahren der Planung im November 1996 in Form eines Modellprojektes des Landes Nordrhein-Westfalen zustande. Die Ausbildungsstätte wurde bei ihrer Gründung „Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe“ (ZAP) genannt und war anfangs eine Abteilung der Westfälischen Klinik Gütersloh. Später wurde sie von der Westfälischen Klinik Gütersloh ausgegliedert, um die Ausbildungsanforderungen der beteiligten Träger erfüllen zu können. Die ZAP stellte zu Beginn 170 Ausbildungsplätze zur Verfügung, die in etwa dem Bedarf der Region entsprachen. Nach Aufnahme der Städtischen Kliniken Bielefeld in den Trägerverbund im Jahr 2003 wurde die ZAP in „Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen“ (ZAB) umfirmiert.

Vorteile der gemeinsamen Ausbildung durch die ZAB

Seit Gründung der ZAB werden alle Krankenhäuser, die die Ausbildungsstätte für die theoretische Ausbildung in Anspruch nehmen, gleichermaßen an den entstehenden Kosten beteiligt. Die ZAB trägt als Gesellschaft die Kosten der Ausbildung, die durch eine Umlagefinanzierung an die beteiligten Träger verteilt werden. Durch die Bereitstellung von finanziellen Mitteln ist eine qualitativ hochwertige, flexible Ausbildung möglich, wie sie die einzelnen Krankenhäuser allein nicht gewährleisten könnten.

Durch die gemeinsame Ausbildung werden economies of scale (Größenvorteile) erzielt, denn die Kosten der Ausbildungsplätze fallen für die einzelnen Krankenhausträger geringer aus, z. B. fixe Kosten für die Schulverwaltung, die Bereitstellung von Seminarräumen oder die Anstellung von Dozenten. Schwankende Auszubildendenzahlen oder Kursangebote können untereinander ausgeglichen werden. Durch die Einsparungen sind die Krankenhäuser in der Lage, mehr Ausbildungsplätze einzurichten. Im Jahr 2004 stellte die ZAB bereits 430 Ausbildungsplätze in Gesundheitsberufen zur Verfügung.

Die ZAB entwarf ein gemeinsames Ausbildungskonzept mit einem sehr breiten Angebotsspektrum, das sich am Bedarf der Region Ostwestfalen-Lippe orientiert. Bei der theoretischen und praktischen Ausbildung fließt das Fachwissen des Pflegepersonals aller beteiligten Krankenhäuser ein. Die ZAB sorgt über ein Rotationsverfahren bei der praktischen Ausbildung für einen schnellen Wissens- und Informationstransfer. Das Rotationsverfahren ermöglicht es den Auszubildenden, die Arbeitsabläufe in verschiedenen Schwerpunktbereichen der teilnehmenden Krankenhäuser kennen zu lernen. Zudem fließt das Fachwissen von Kooperationspartnern in die Ausbildung ein, beispielsweise von Unternehmen der IT-Branche. Somit entstehen auch bei der Qualitätssicherung der Ausbildung economies of scale.

Aufgrund der besseren Verfügbarkeit von Ressourcen kann die ZAB Ausbildungen in neuen Berufen anbieten, z. B. die Ausbildung zum operationstechnischen Assistenten. Die ZAB möchte darüber hinaus die Einrichtung weiterer Ausbildungsplätze für andere Berufe ermöglichen. Durch die Kooperation der Krankenhäuser in der Ausbildung ist es möglich geworden, den Auszubildenden eine bessere Qualifikation und damit bessere berufliche Perspektiven zu bieten, als es einem einzelnen Krankenhaus möglich wäre. Die Absolventen neuer Berufe, wie z. B. operationstechnische Assistenten, erfahren eine überregionale Nachfrage durch Krankenhäuser. Den beteiligten Krankenhäusern der ZAB ist die Möglichkeit gegeben, bei der Übernahme der Ausbildungsabsolventen eine bessere Auswahl für die jeweiligen Fachabteilungen treffen zu können.

Für ihre herausragende Ausbildungsarbeit erhielt die ZAB im Jahr 2002 den Ausbildungs-Oskar in Gold als Förderpreis der Wirtschaftsjuvenen Deutschlands. Diese Auszeichnung wird jährlich für die beste Ausbildungsinitiative verliehen.

Modularisierung der Ausbildung

Ziel der ZAB ist die Schaffung einer flexiblen Ausbildung in Form von Modulen. Bei der Modularisierung werden verschiedene Aus- und Fortbildungsgänge miteinander verknüpft. Dies soll im Rahmen des Projekts „Modularisierung in der Ausbildung zu Pflegeberufen“ umgesetzt werden.⁴⁸ Bei der Modularisierung der Ausbildung durch die ZAB ist vorgesehen, dass die Auszubildenden für jedes Modul, das sie absolvieren, eine zertifizierte Teilqualifikation bekommen. Um einen bestimmten Berufsabschluss zu erreichen, sind bestimmte Module zu absolvieren. Eine abgeschlossene Berufsaus-

⁴⁸ In der Literatur gibt es allerdings keine einheitliche Definition der Modularisierung (Kloas 1997: 11 f.).

bildung in einem Gesundheitsfachberuf würde dann die Möglichkeit eröffnen, über die Absolvierung weiterer Module einen zusätzlichen Abschluss in einem anderen Gesundheitsfachberuf zu erreichen, ohne dafür eine weitere komplette Ausbildung absolvieren zu müssen.

Eine solche Modularisierung der Ausbildung wird nur dann den Anforderungen des Gesundheitssystems gerecht, wenn die Ausbildung durch eine geeignete Verknüpfung der Module mehreren, auch neuen Berufsbildern, angepasst werden kann. Dies ist eine Grundvoraussetzung, um mit zukünftigen Entwicklungen in den verschiedenen Gesundheitsfachberufen Schritt halten und die Inhalte der Ausbildung laufend aktualisieren zu können.

Bei einer Umsetzung der Modularisierung der Ausbildung durch die ZAB ist voraussehbar, dass sich nicht nur der Ablauf und die Inhalte der Ausbildung verändern werden, sondern dass auf diesem Weg auch Ressourcen besser genutzt werden können, wenn einzelne Module bei der Ausbildung in mehreren Berufen absolviert werden.

Kooperationen der ZAB

Die ZAB ist bestrebt, durch Kooperationen mit weiteren Krankenhäusern ihre Wirtschaftlichkeit zu steigern und eine vielseitige Ausbildung anzubieten. Im Jahr 2004 bestehen zu elf Krankenhäusern in Ostwestfalen-Lippe Kontakte, da diese ihre Operationstechnischen Assistenten durch die ZAB theoretisch ausbilden lassen. Aus diesen Kontakten könnten sich möglicherweise engere Kooperationen entwickeln.

Daneben pflegt die ZAB Kooperationen mit Herstellern, um von ihnen Informationen über Produktinnovationen zu gewinnen. Eine qualitativ hochwertige Ausbildung beinhaltet den praktischen Umgang mit Produktinnovationen. Auf der anderen Seite können sich die Hersteller bei den Krankenhäusern der ZAB über die Produkthanforderungen der Patienten informieren, die bei der Entwicklung von Produktinnovationen Berücksichtigung finden. Kooperationen zwischen den Herstellern und den Krankenhäusern der ZAB kommen allerdings nur „nach dem Zufallsprinzip“ bzw. über persönliche Beziehungen zustande. Die ZAB möchte erreichen, dass solche Kooperationen in Zukunft systematisch aufgebaut und dauerhaft gepflegt werden.

Die ZAB kooperiert mit Haupt-, Realschulen und Gymnasien, um den Schülern das Angebot an Ausbildungsplätzen für Pflegeberufe schon frühzeitig zu vermitteln. Bei

der Vorstellung der Pflegeberufe in den Schulen wird nach Möglichkeit versucht, die Berufsberater der Bundesagentur für Arbeit einzubeziehen. Diese zeigten anfangs aber nur eine geringe Bereitschaft, auf das Know-how der ZAB zuzugreifen. Inzwischen ändert sich diese Einstellung. Die ZAB möchte die Zusammenarbeit mit den Schulen und der Bundesagentur für Arbeit institutionalisieren. Für die Präsentationen in den Schulen wurde im Jahr 2003 ein Marketingkonzept erstellt.

Um eine effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen zu erreichen, wird durch die ZAB nicht nur ausgebildet, sondern es werden auch in verschiedenen Gesundheitsfachberufen Fort- und Weiterbildungen angeboten. Die Kosten der Fort- und Weiterbildungsangebote werden nicht nach dem Umlageverfahren auf die Träger verteilt, sondern von demjenigen Krankenhaus getragen, dessen Mitarbeiter die Angebote in Anspruch nehmen. Bei den Nutzern der Fort- und Weiterbildungsangebote handelt es sich auch um Krankenhäuser, deren Träger nicht an der ZAB beteiligt sind. Durch die Angebote für externe Gesundheitseinrichtungen hat die ZAB die Möglichkeit, über die Weiterbildung Erlöse zu erwirtschaften. Daneben übernimmt die ZAB auch Kongressplanungen. Durch Kooperation mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung der Westfälischen Klinik Gütersloh, einer Tochtergesellschaft der ZAB, ist die ZAB in der Lage, ein eigenes Tagungsgeschäft mit Fort- und Weiterbildungen anzubieten. Dafür werden nicht nur Seminarräume zur Verfügung gestellt, sondern auch Wellness- und Sportangebote. Diese Angebote nehmen auch Gesundheitseinrichtungen aus anderen Regionen wahr.

Fazit

Die ZAB nimmt aufgrund ihrer besonderen Leistungen in der Ausbildung für andere Ausbildungsstätten eine Vorbildfunktion ein. Das Netzwerk ermöglicht es den Krankenhäusern, ihren Auszubildenden eine qualitativ hochwertige, flexible Ausbildung zu gewährleisten. Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen ermöglicht den Krankenhäusern finanzielle Einsparungen. Durch die Modularisierung der Ausbildung könnte zudem eine noch flexiblere Anpassung an zukünftige Anforderungen des Gesundheitssystems erreicht werden. Als Reaktion auf neue berufliche Anforderungen wäre beispielsweise eine vielfältigere Kombination der Ausbildungsinhalte in Form von Modulen möglich.

6.4.3 Gemeinsame Erstellung und Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen durch Rehabilitationseinrichtungen: Die „Bauernbäder am Teutoburger Wald“

Bei den „Bauernbädern am Teutoburger Wald“ handelt es sich um ein Netzwerk auf horizontaler Ebene zwischen rechtlich unabhängigen Rehabilitationseinrichtungen. Da horizontale Netzwerke bzw. Kooperationen zwischen Rehabilitationseinrichtungen laut Experten nur selten vorkommen, wird dieses Netzwerk als Fallbeispiel vorgestellt. In der Region Ostwestfalen-Lippe gehen Kontakte auf horizontaler Ebene zwischen Rehabilitationseinrichtungen über einen Interessen- und Informationsaustausch kaum hinaus. Die folgende Darstellung basiert auf einem Experteninterview im April 2004.

Historische Entwicklung der Bauernbäder in Deutschland

Die Tradition der Bauernbäder nahm im 18. Jahrhundert ihren Anfang. Es handelt sich bei ihnen um präventive und rehabilitative Gesundheitseinrichtungen im ländlichen Raum, die das Vorkommen von Heilquellen nutzen. Nach der Entdeckung der Quellen nahm vor allem die ländliche Bevölkerung aus der näheren Umgebung diese Bäder in Anspruch. Sie dienten anfangs als öffentliche Reinigungsbäder und wurden vorwiegend an den Wochenenden genutzt. Während der Woche wurden Heilbäder angewandt. Diejenigen Bauernbäder, die beheizbar waren, wurden von der Bevölkerung vor allem in den Wintermonaten genutzt. Für auswärtige Badegäste standen in der Regel Unterkünfte zur Verfügung (Wiehengebirgsklinik Holsing 2004b).

Die Blütezeit der Bauernbäder kann auf Mitte des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts eingegrenzt werden. In dieser Zeit gab es die größte Anzahl von Bauernbädern. In ganz Westfalen wurden ca. 120 nachweisbare Gesundbrunnen – die zum größten Teil Bauernbäder waren – genutzt. Die meisten von ihnen befanden sich in Ostwestfalen-Lippe, vor allem in der Nähe des Weserberglandes und des Wiehengebirges. Darüber hinaus gab es vermutlich eine Vielzahl von weiteren Gesundbrunnen, die aber nicht offiziell nachweisbar sind, weil sie nicht von den dafür zuständigen Behörden registriert wurden (Kaspar 1993: 13-19).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts wurden immer mehr Bauernbäder stillgelegt, da sie dem Wettbewerbsdruck durch die größeren Bäder und Staatsbäder nicht mehr standhalten konnten. Während die Bauernbäder privat geführt wurden, wurden die größeren Bäder durch Gesellschaften oder den Staat finanziert. Die Besitzer der Bauernbäder konnten nicht in dem Ausmaß Investitionen vornehmen, wie es von der Bevölkerung

gewünscht wurde. Auch die ländliche Bevölkerung fragte daher immer mehr Gesundheitsleistungen in den größeren Bädern nach (Kaspar 1993: 25-42).

Einordnung der Bauernbäder in die Bäderlandschaft

Die Bauernbäder waren und sind bis heute in Deutschland nur im westfälischen Raum angesiedelt (Deutscher Heilbäderverband e.V., Auskünfte vom 28.05.2004 und 02.06.2004). Nach Aussage der Experten gibt es in Ostwestfalen-Lippe acht Bauernbäder und darüber hinaus keine weiteren in Deutschland. Sieben von ihnen befinden sich im Kreis Herford und ein weiteres im Kreis Minden-Lübbecke. Diese Form des Bades ist auch in Österreich bekannt. Die Bezeichnung „Bauernbad“ wird nach Kenntnis des Österreichischen Heilbäder- und Kurortverbandes allerdings nur in Tirol genutzt (Auskunft vom Juni 2004).

Die Bädersparte „Bauernbäder“ fand in Deutschland keinen Eingang in die Regularien des Kur- und Bäderwesens, das heißt, sie wurde nicht vom Deutschen Heilbäderverband und vom Deutschen Tourismusverband zertifiziert. Der Begriff „Bauernbäder“ ist daher nur geschichtlich begründet und wird vor allem für Marketingzwecke genutzt. Die meisten Bauernbäder wurden als Unterform in den Kurbetrieb eines prädikatisierten Kurortes eingegliedert.

Der Deutsche Heilbäderverband und der Deutsche Tourismusverband erstellen in Deutschland seit rund 100 Jahren Qualitätsrichtlinien und Begriffsbestimmungen für Bäder. Daran orientiert sich die Gesetzgebung für Kurorte der einzelnen Bundesländer. Die Bundesländer vergeben Prädikate an Orte, die sich dann Kurorte nennen dürfen (Deutscher Heilbäderverband e.V., Auskünfte vom Mai und Juni 2004).

In Österreich gibt es ebenfalls keine Zertifizierung für die Bädersparte „Bauernbäder“. Der Österreichische Heilbäder- und Kurortverband verfügt über keine Auflistung der Bauernbäder und ihre genaue Anzahl ist ihm unbekannt. Der Verband nimmt eine Kategorisierung der Heilbäder und Kurorte vor, erstellt aber keine Qualitätsrichtlinien wie die Verbände in Deutschland. (Österreichischer Heilbäder- und Kurortverband, Auskunft vom 02.06.2004).

In Deutschland haben sich vier der acht Bauernbäder im Jahr 2002 zur Arbeitsgemeinschaft „Bauernbad“ zusammengeschlossen, um den Gedanken der traditionellen Bade-

kur zu pflegen (Experteninterview Moorland Bad Senkelteich; Wiehengebirgsklinik Holsing 2004a). Hierzu gehören:

- Moorland Bad Senkelteich in Vlotho, staatlich anerkanntes Bad seit 1866, insgesamt 100 Betten im Klinik- und Hotelbereich (Moorland Bad Senkelteich 2004),
- Weserland-Klinik Bad Seebruch in Vlotho, 1753 erstmals als Heilquelle erwähnt, 296 Betten in der Weserland-Klinik, darüber hinaus 82 Betten in der Kur-Klinik, 38 Betten im Kur-Hotel, 18 Betten in der Kurzzeitpflege und 11 Betten im betreuten Wohnen (Homepage und Auskunft der Weserland-Klinik Bad Seebruch vom Juni 2004),
- Wiehengebirgsklinik Holsing in Preußisch Oldendorf – Holzhausen (1710 erste Heilquelle entdeckt, seit 1713 Bauernbad, seit 1981 staatlich anerkannter Luftkurort, 172 Betten (Wiehengebirgsklinik Holsing 2004b),
- Kurhaus und Pension Pivittskrug in Hille-Rothenuffeln, seit 1873 Bauernbad im Familienbesitz, 30 Betten (Kurhaus Pivittskrug 2004).

Zielsetzungen des Netzwerks

Die kooperierenden Bauernbäder möchten gemeinsam ihre Wettbewerbsfähigkeit steigern und dadurch Arbeitsplätze sichern. Die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit soll vor allem über die Erschließung neuer Marktsegmente, aber auch über eine stärkere Bindung der Stammgäste und eine längere Aufenthaltsdauer der Gäste erreicht werden. Das Netzwerk ist langfristig angelegt. Vereinbarungen wurden nicht schriftlich in einem Vertrag festgehalten; es gibt lediglich mündliche Verpflichtungen.

Anfänge des Netzwerks

Die vier Bäder entwickelten mit Unterstützung durch externe Unternehmensberater ein gemeinsames Dienstleistungsangebot, die so genannte „Quartett-Pauschale“. (Dieses Angebot existiert allerdings inzwischen nicht mehr.) Die Gäste hatten bei Buchung dieser Pauschale die Möglichkeit, während ihres sechstägigen Aufenthalts alle Bäder zu nutzen. Die Pauschale beinhaltete bestimmte Leistungen und den Transfer zwischen den Bädern zu einem festgelegten Preis. Gleichzeitig wurde ein gemeinsames Marketingkonzept erstellt, bei dem die „Marke Bauernbad“ in den Vordergrund gestellt wird, die für folgende Gemeinsamkeiten steht:

- Die Bäder werden privat geführt,
- es handelt sich um kleine Einrichtungen, die ihre Gäste in einer familiären Atmosphäre empfangen,
- sie bieten dasselbe Heilmittel (Moor) an und

- sie haben ihre Standorte in einer ruhigen, erholsamen Umgebung mit attraktiven Ausflugszielen.

Anfang 2002 kam es zu der Idee, eine Marketingkooperation einzugehen. Im Juni 2003 wurden ein gemeinsamer Verbundprospekt und ein Flyer mit jeweils 5000 Exemplaren erstellt, die während Fachmessen, z. B. der Touristikmesse in Köln, verteilt wurden und in den Einrichtungen des Verbunds auslagen. Neben dem Verbundprospekt und dem Flyer gibt jede Einrichtung einen eigenen Prospekt heraus. Beide Prospekte wurden zusammen in einer Mappe ausgelegt. Die Bauernbäder werben für ihren Verbund auch über Anzeigen im „Landart-Magazin“, das vom Kreis Minden-Lübbecke herausgegeben wird. Die Bauernbäder präsentierten sich gemeinsam im Jahr 2003 bei der Touristikmesse in Köln mit einem Messestand und planen weitere Messeauftritte. Jede Einrichtung besitzt ihre eigene Homepage. Die Einrichtung Bad Senkelteich ermöglicht ihren Gästen Direktbuchungen über das Internet. Im Sommer 2003 veranstalteten die Bauernbäder einen Tag der offenen Tür, der sehr gut besucht wurde und daher im Jahr 2004 erneut stattfinden soll. Es wird auch über Mund-zu-Mund-Kommunikation geworben (Empfehlungsmarketing). Diese spielt nach Freyer (2001: 531) für touristische Entscheidungen eine große Rolle, obwohl sie aufgrund der fehlenden Steuerbarkeit kein kommunikationspolitisches Instrument im eigentlichen Sinn darstellt.

Unabhängig von der Kooperation der Bauernbäder vertreiben die Einrichtungen ihre Leistungen über verschiedene Touristikgemeinschaften, z. B. sind drei der vier Bauernbäder im Katalog „Teutoburger Wald Wellness 50plus“ vertreten. Sie sind Mitglieder der Initiative „TeutoWellness50plus“, die vom Teutoburger Wald Tourismus e. V. ins Leben gerufen wurde. Der Vertrieb über Reiseveranstalter kam für die Bauernbäder bisher nicht in Betracht, da diese eine andere Zielgruppe ansprechen. Im Katalog „TUI Vital“ sind beispielsweise fast ausschließlich Hotels der Vier- und Fünf-Sterne-Kategorien vertreten.

Auswirkungen der bisherigen Arbeit im Netzwerk

Seit der Veröffentlichung des gemeinsamen Verbundprospektes und des Flyers im Juni 2003 hat sich die Gästezahl etwas erhöht. Dies ist vor allem auf die Verteilung von Prospekten und Flyern bei Messen zurückzuführen, wie Gästebefragungen ergaben. Allerdings wurden der Verbundprospekt und der eigene Prospekt zusammen in einer Mappe verteilt, sodass der Erfolg nicht direkt einem der beiden Prospekte zugerechnet werden kann. Die finanzielle Auswirkung des gemeinsamen Prospektes auf die Nachfrage ist daher nicht quantitativ messbar. Bisher ließ sich feststellen, dass das Engagement der einzelnen Einrichtungen im Marketing durch die Arbeit im Verbund gewachsen ist.

Daneben können die Bauernbäder durch das gemeinsame Marketing ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis realisieren. Einige Marketing-Maßnahmen, wie z. B. der Messtand bei der Touristikmesse in Köln, wurden bisher von den Einrichtungen nicht allein durchgeführt, weil die Kosten im Verhältnis zum Nutzen als zu hoch erschienen. Aufgrund des größeren Engagements im Netzwerk sind zwar die Kosten gestiegen, gleichzeitig wird dies aber durch die Vergrößerung der Nachfrage überkompensiert. Die bisherigen finanziellen Auswirkungen des gemeinsamen Marketings wurden nicht genau gemessen, denn die Bauernbäder führen wie die meisten kleineren Gesundheitseinrichtungen kein Controlling durch.

Die Bauernbäder gehen davon aus, dass sich der positive Effekt des Marketings durch das Netzwerk weiter vergrößern wird. Nach Einschätzung der Vertreter der Bauernbäder werden sich die Auswirkungen der Marketingmaßnahmen erst mittelfristig bemerkbar machen; es wird mit einer zeitlichen Verzögerung von schätzungsweise bis zu fünf Jahren gerechnet. Auch laut Nieschlag/Dichtl/Hörschgen (1997: 578, 590 f.) bereitet es häufig erhebliche Schwierigkeiten, den Umsatz- oder Gewinnbeitrag von Marketingmaßnahmen periodengerecht abzugrenzen. Sie sprechen von einer zeitlichen Wirkungsverzögerung, einem sogenannten Carry over-Effekt. Die Dauer einer Verzögerung lässt sich nicht genau vorherbestimmen, da sie von mehreren Einflüssen abhängig ist, wie z. B. der Art der Marketing-Maßnahmen, den Marktgegebenheiten und den Aktivitäten der Konkurrenten.

Hinsichtlich des gemeinsamen Dienstleistungsangebots – der „Quartett-Pauschale“ – zeigte sich bereits in der Anfangsphase, dass dies von den Gästen nicht im gewünschten Umfang angenommen wurde. Mehrere Gründe können nach Ansicht der Beteilig-

ten dazu geführt haben: Zum einen wurde die Quartett-Pauschale von einem Teil der Gäste für zu kompliziert erachtet. Die festgelegte Aufenthaltsdauer von sechs Tagen ist ihrer Auffassung nach zu kurz, um die Unterkunft zu wechseln bzw. Transfers zwischen den Bädern wahrzunehmen. Zum anderen wählen Gäste mit besonderen Krankheitsbildern diejenige Einrichtung aus, deren Leistungen am ehesten auf sie zugeschnitten sind. Spezielle Leistungen der übrigen Einrichtungen sind für sie daher weniger attraktiv.

Vermutlich ist auch ein Grund darin zu sehen, dass sich die Qualität der angebotenen Leistungen in den verschiedenen Einrichtungen unterscheidet und die Gäste ihre Qualitätsanforderungen nicht anpassen möchten. Ein gemeinsamer Qualitätsstandard sollte bisher vor allem über eine gemeinsame Weiterbildung der Mitarbeiter erreicht werden. Die Bauernbäder haben daher ausgewählten Mitarbeitern eine Weiterbildung zum „Bauernbadmeister“ angeboten. Hierbei handelt es sich um ein informelles Zertifikat der Bauernbäder. Im Rahmen dieser Weiterbildung sind die Mitarbeiter über zwei Jahre geschult worden, insbesondere in den Bereichen Kommunikation (Telefontraining, Gesprächsführung etc.) und Konfliktmanagement. Auch andere Mitarbeiter, die nicht das Zertifikat erwarben, konnten an einigen dieser Schulungen teilnehmen. Weitere gemeinsame Fortbildungen werden durchgeführt, soweit die Kapazitäten es erlauben. Zum Erreichen eines gemeinsamen Qualitätsstandards ist aber nicht nur ein ähnliches Know-how der Mitarbeiter notwendig, sondern auch eine vergleichbare sachliche Ausstattung. Hierbei erreichten die Einrichtungen bisher noch kein gemeinsames Qualitätsniveau.

Die Bemühungen der Bauernbäder, einen gemeinsamen Qualitätsstandard zu erreichen, haben einen positiven Einfluss auf ihre Innovationstätigkeit. Das Leistungsangebot wird aufgrund von Benchmarking (Prozessvergleiche) ständig verbessert. Die Netzwerkpartner vertreten die Auffassung, dass sie durch gegenseitige Einblicke in die Prozessabläufe gemeinsam erfolgreicher werden. Der Wettbewerb spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

Weiterentwicklung des Netzwerks

Der bisherige Erfolg bei der gemeinsamen Vermarktung der Leistungen führte zu der Entscheidung, die Arbeit im Netzwerk trotz der zu geringen Nachfrage nach dem gemeinsamen Dienstleistungsangebot fortzuführen. Ein gemeinsames Angebot wie die „Quartett-Pauschale“ wird es allerdings nicht mehr geben. Im Juni 2004 wurde der gemeinsame Flyer neu aufgelegt und veröffentlicht. Die ersten fertiggestellten Flyer wurden an 7.400 Adressen versandt. Der Flyer beinhaltet unterschiedliche Pauschalangebote für unterschiedliche Aufenthaltsdauern, die jedes Bad zu einheitlichen Preisen anbietet. Jedes Bauernbad verpflichtete sich, bei Prospektanfragen auch den gemeinsamen Flyer mitzusenden. Einen gemeinsamen Prospekt wird es nicht mehr geben.

Das Netzwerk wurde in der Anfangsphase durch externe Berater unterstützt. Da diese Phase nun beendet ist, beginnt für die Bauernbäder die eigentlich schwierige Phase, in der sie auf sich allein gestellt sind. In der Regel zeigt sich bei Kooperationen erst jetzt, ob sie dauerhaft erfolgreich sind. Dies ist vor allem von der Einstellung der Akteure abhängig. Ihre Erfolgserwartung muss langfristig ausgerichtet sein, da in der Anfangsphase, das heißt in den ersten Jahren, in der Regel der Erfolg noch nicht sichtbar wird. Der Erfolg dieses Marketing-Netzwerks ist von mehreren Faktoren abhängig, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Erfolgsfaktor: Ansprache ähnlicher Zielgruppen

Bei den Gästen unterscheiden die Einrichtungen zwischen „Zugewiesenen“ und „Selbstentscheidern“. Die Zugewiesenen sind auf Veranlassung ihrer Krankenkasse in die Einrichtung gekommen, während die Selbstentscheider auf eigenen Wunsch Gäste der Einrichtung sind. In der Regel nehmen die von den Krankenkassen zugewiesenen Patienten auch zusätzliche privat zu zahlende Leistungen in Anspruch. Unter den Selbstentscheidern können auch Patienten sein, deren Rehabilitation die Krankenkasse bezahlt, denn die Krankenkassen haben bei der Bestimmung der Reha-Einrichtung berechnete Wünsche der Patienten zu berücksichtigen (§ 9 Abs.1 SGB IX).

Die Marketing-Maßnahmen der Bauernbäder richten sich lediglich an die Selbstentscheider (nicht an Krankenkassen oder andere Gesundheitseinrichtungen). In Bad Senkelteich liegt der Anteil der Selbstentscheider beispielsweise bei ca. 20-30 Prozent. Die Einrichtung Pivittskrug behandelt nur Selbstentscheider. Ein direkter Vergleich mit anderen Reha-Einrichtungen kann nicht hergestellt werden, da der Anteil der

Selbstentscheider vom Potenzial der Kurorte und der Bettenkapazität in Hotels und Pensionen abhängig ist.⁴⁹

Ein gemeinsames Marketing ist nur dann sinnvoll, wenn die Einrichtungen bei ihren Gästen ähnliche Präferenzen ansprechen. Dies ist bei den Bauernbädern der Fall: Sie bieten ihren Gästen Entspannung in einer ruhigen, ländlichen und familiären Atmosphäre. Diese Eigenschaften spiegeln sich in der „Marke Bauernbad“ wider.

Das Durchschnittsalter der Gäste ist in Bad Senkelteich am niedrigsten; es liegt bei Anfang 50 Jahren. In den übrigen Einrichtungen liegt es bei 70-75 Jahren. Gäste beider Altersgruppen haben nach Aussage der Vertreter der Einrichtungen eine ähnliche Präferenz: sie wünschen sich Entspannung in ruhiger Umgebung.

Das Einzugsgebiet der Einrichtungen ist hauptsächlich Nordrhein-Westfalen, hier vor allem das Ruhrgebiet und das Rheinland. Der Radius des Einzugsgebietes beträgt somit zwischen 150 und 200 km. Darüber hinaus kommen vereinzelt Gäste aus Niedersachsen und Bremen.

Abgesehen von diesen Übereinstimmungen unterscheiden sich die Selbstzahler aufgrund ihrer unterschiedlichen Krankheitsbilder hinsichtlich der von ihnen gewünschten Gesundheitsdienstleistungen. Die Bauernbäder sind dementsprechend auf unterschiedliche Leistungen spezialisiert.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Einrichtungen dieselbe Zielgruppe ansprechen, was ihre grundsätzlichen Präferenzen und die räumliche Entfernung betrifft. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Anforderungen an die Gesundheitsdienstleistungen und das Qualitäts- und Preisniveau kann die Zielgruppe in weitere Kategorien unterteilt werden. Diese unterschiedlichen Anforderungen führten dazu, dass die „Quartett-Pauschale“ nicht im gewünschten Umfang angenommen wurde und die gemeinsame Erstellung von Dienstleistungen nicht weiter verfolgt wird.

⁴⁹ Das StBA kann keine Information darüber liefern, wie groß der Anteil der Selbstentscheider bzw. Zugewiesenen in Deutschland ist (Anfrage vom 16.06.04).

Erfolgsfaktor: Spezialisierung

Neben den Ähnlichkeiten der Bauernbäder, auf denen das gemeinsame Marketing basiert, bieten die Bäder spezielle Leistungen an, durch die sie sich unterscheiden:

- Bad Senkelteich: Fachklinik für orthopädische und rheumatologische Rehabilitation; Schwefel als besonderes Kurmittel (Schwefel-Heilquellen im Moorteich),
- Bad Seebach: Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie mit Anschlussheilbehandlung; insbesondere physikalische Therapie, u. a. Kältebehandlung,
- Wiehengebirgsklinik Holsing: Fachklinik für Orthopädie mit Anschlussheilbehandlung sowie Tinnitus-Therapie und Hörtraining,
- Kurhaus und Pension Pivittskrug: Schwefel als besonderes Kurmittel, manuelle Therapie, besondere Methoden der Krankengymnastik.

Es stellt sich die Frage, ob eine Spezialisierung der kooperierenden Einrichtungen auf bestimmte Leistungen (Marktnischen-Strategie) eine Voraussetzung darstellt, dauerhaft erfolgreich zusammenarbeiten zu können. Nach Aussage der Bauernbäder kann eine horizontale Kooperation auch dann langfristig funktionieren, wenn die Einrichtungen ausschließlich substitutive Leistungen anbieten und keine unterschiedlichen Spezialisierungen aufweisen. Diese sei allerdings mit größeren Schwierigkeiten verbunden, da dann der Konkurrenzgedanke eine größere Rolle spielt. In solch einem Fall ließe sich eine Preisdifferenzierung, wie es sie zurzeit gibt, kaum rechtfertigen. Nach Aussage der Bauernbäder wäre das Netzwerk ohne ihre unterschiedlichen Spezialisierungen wahrscheinlich nicht gegründet worden.

Unterschiedliche Spezialisierungen bringen den Vorteil mit sich, dass innerhalb der Zielgruppe verschiedene Kategorien angesprochen werden. Das heißt, es werden Gäste mit verschiedenen Leistungsanforderungen bedient. Anfangs verfolgten die Einrichtungen die Strategie, die Nachfrage komplementärer Leistungen zu erreichen. Die Gäste sollten während ihres Aufenthalts mehr als eine Einrichtung in Anspruch nehmen. „Komplementär“ ist hier nicht streng im Sinne der ökonomischen Theorie gemeint, sondern nur insofern, dass den Gästen ergänzende Optionen angeboten werden. Diese Strategie wurde wie bereits erwähnt nicht im gewünschten Umfang von den Gästen angenommen. Um eine Nachfrage komplementärer Leistungen zu erreichen, müssen insbesondere zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Die Einrichtungen müssen einen gemeinsamen Qualitätsstandard aufweisen und die räumliche Distanz muss so gering sein, dass die Inanspruchnahme der Leistungen anderer Einrichtungen für die Gäste

nicht mit großem Aufwand verbunden wäre. Beide Voraussetzungen werden nicht erfüllt.

Die Komplementarität der Leistungen stellt somit einen Erfolgsfaktor für das gemeinsame Marketing dar, da den potenziellen Nachfragern eine größere Anzahl von Alternativen zur Verfügung gestellt wird. Nachfrager verlangen in der Regel, die von ihnen gewünschten Leistungen aus einem vielfältigen Angebot wählen zu können, selbst wenn sie genaue Vorstellungen davon haben, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen möchten. Werden gleiche oder ähnliche Leistungen im Verbund angeboten, so werden Vergleichsmöglichkeiten hinsichtlich Qualität und Preisen geschaffen. Zugleich wird auf komplementäre Leistungen hingewiesen (Nieschlag/Dichtl/ Hörschgen 1997: 255). Die Einrichtungen nutzen somit „Verbundeffekte“: Durch die Präsentation des gemeinsamen Leistungsangebotes entsteht eine größere Attraktivität für die Nachfrager, als wenn die Einrichtungen ihre Leistungen allein präsentieren würden.

Selbst diejenigen Einrichtungen des Netzwerks, die von neu hinzugewonnenen Nachfragern nicht zuerst ausgewählt werden, profitieren langfristig gesehen von der Zusammenarbeit. Die Nachfrager, die bereits gute Erfahrungen mit einem der Bauernbäder gemacht haben, entwickeln eine positive Einstellung zum gesamten Netzwerk und damit auch zu den übrigen Einrichtungen. Daher ist zu vermuten, dass die Nachfrager „Markentreue“ gegenüber der „Marke Bauernbad“ entwickeln und bei einer erneuten Nachfrage von Reha-Leistungen eher zwischen den übrigen Bauernbädern des Netzwerks auswählen, als dass sie netzwerk-externe Reha-Einrichtungen in Anspruch nehmen. Auch Kroeber-Riel (2003: 128 f.) und Nieschlag/Dichtl/Hörschgen (1997: 244 f.) bestätigen, dass Markennamen zur Differenzierung der Leistungen von ähnlichen Leistungen beitragen. Verschiedene Marken können dem Nachfrager emotionale Erlebnisse vermitteln, die eher wahrgenommen werden als die sachlich-funktionale Qualität einer Leistung. Die Einrichtungen können somit durch das Marketing mit der „Marke Bauernbad“ gemeinsam an Attraktivität gewinnen und ein größeres Marktpotenzial erschließen, als es ihnen allein möglich wäre.

Für die tatsächliche Nachfrage der Leistungen ist ihre Komplementarität allerdings kaum von Bedeutung. Daher sollten die Einrichtungen ihr Marketing wie bisher auf eine gemeinsame Profilbildung konzentrieren, bei der die unterschiedlichen Spezialisierungen weiterhin hervorgehoben werden, ohne den Gästen komplementäre Leistungen in Form von Pauschalen anzubieten.

Erfolgsfaktor: Räumliche Nähe

Nach Aussage der Bauernbäder ist eine Entfernung von maximal 45 km (wie es sie zurzeit gibt) zwischen den Netzwerkpartnern akzeptabel, weil für das gemeinsame Marketing häufige Treffen notwendig sind. Den Bauernbädern sind regelmäßige persönliche Gespräche sehr wichtig, da sie die familiäre Atmosphäre auch untereinander wahren möchten.

Unter Einsatz neuer Technologien wie der Bildschirmkonferenz wären grundsätzlich auch überregionale Kooperationen mit anderen Reha-Einrichtungen denkbar. Größere Distanzen zwischen den Kooperationspartnern bringen allerdings eine wesentlich aufwändigere Organisation mit sich. In der Regel ist es bei einer größeren Distanz auch schwieriger, ein gutes Vertrauensverhältnis aufzubauen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis lässt sich aufgrund fehlender Erfahrungen nur schwer einschätzen, daher werden Kooperationen in räumlicher Nähe bevorzugt.

Daneben ist auch zu berücksichtigen, dass die räumliche Nähe der Einrichtungen für die gemeinsame Profilbildung notwendig ist, denn sie vermarkten nicht nur ihre Gesundheitsdienstleistungen, sondern auch ihren Standort Teutoburger Wald. Je größer die räumliche Distanz der Einrichtungen voneinander ist, desto schwieriger wird es, sich auf die Vermarktung eines bestimmten Standortes zu einigen.

Handlungsempfehlungen zur Verbesserung bzw. Angleichung der Qualität der Leistungen

- **Mitarbeiterqualifizierung (Fortsetzung der gemeinsamen Weiterbildung)**
Der Mitarbeiterqualifizierung kommt im Rahmen der Bemühungen um Qualitätsverbesserungen und Innovationen, aber auch bei der Umsetzung der Marketingziele eine sehr große Bedeutung zu (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997: 134, Freyer 2001: 671 f.). Die Bauernbäder sollten ihren Mitarbeitern daher die Möglichkeit bieten, sich kontinuierlich weiterzubilden.
- **Tests der Gästeinformation und -betreuung**
Der Erfolg von Mitarbeiterschulungen kann anhand von Tests überprüft werden, die von externen Personen durchgeführt werden, die sich als (potenzielle) Gäste vorstellen. Hierbei kann beispielsweise die Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter am Telefon in Stresssituationen getestet werden.

- **Vorschlagswesen:**
Arbeitsabläufe und die damit verbundenen Schwachstellen können am besten von den daran beteiligten Mitarbeitern analysiert werden. Sie sollten dazu ermuntert werden, Maßnahmen, die der Einrichtung und auch ihnen selbst zugute kommen, im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens zur Diskussion zu stellen (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997: 133 f.). Nach Frey und Schulz-Hardt (2000: 9) hängt der wirtschaftliche Erfolg von Unternehmen entscheidend davon ab, inwieweit Veränderungsideen hervorgebracht und umgesetzt werden. Die erfolgreiche Verwirklichung von Maßnahmen kann mit Prämien verbunden werden (siehe auch Brinkmann 1999; Neges 1991; Thom 1991).
- **Zufriedenheitsforschung (Befragung der Gäste)**
Nur zufriedene Gäste entwickeln Kundentreue. Da Zufriedenheit und die damit verbundenen qualitativen Einschätzungen zu einem hohen Maße subjektiv sind, sind Informationen über die Einschätzungen der Gäste hinsichtlich des erlebten Aufenthalts zu sammeln. Daher sollten Ex-post-Befragungen der Gäste durchgeführt werden, das heißt Befragungen nach deren Aufenthalt (Freyer 2001: 76). Es bietet sich an, über Fragebögen, die in den Einrichtungen ausgelegt werden, nach Bedenken, Problemen und Verbesserungsvorschlägen hinsichtlich der angebotenen Leistungen zu forschen. In Bad Senkelteich wird dies zurzeit schon durchgeführt. Interaktive Medien wie z. B. E-Mails bieten die Möglichkeit, direkt miteinander zu kommunizieren und verstärken somit die Kundenbindung. Sie ermöglichen es den Gästen darüber hinaus, selbst Informationen abzurufen (Nieschlag/Dichtl/ Hörschgen 1997: 559 f.). Eine weitere Informationsquelle zur Zufriedenheit der Gäste sind Reklamationen.

Handlungsempfehlungen für das gemeinsame Marketing

- **„Marke Bauernbad“ im Internet präsentieren**
Mit Hilfe des gemeinsamen Marketingkonzepts ist die „Marke Bauernbad“ in den Vordergrund zu stellen. Die Darstellung der gemeinsamen Besonderheiten, die in der „Marke Bauernbad“ vereint werden, dient dazu, sich von anderen Einrichtungen abzuheben und bei den Nachfragern eine größere Aufmerksamkeit zu erreichen. Zurzeit wird die „Marke Bauernbad“ zwar im gemeinsamen Flyer dargestellt, ist aber nicht im Internet präsent. Die Besonderheiten der Bauernbäder sind auch auf den Internetseiten explizit hervorzuheben.

- Ansprache differenzieren nach Aufenthaltsdauer; schnelle Erreichbarkeit hervorheben

Die Bauernbäder könnten einige ihrer Marketing-Maßnahmen auf Gäste abstimmen, die einen Aufenthalt von kurzer Dauer, z. B. über das Wochenende, planen. Ein Kurzaufenthalt im Teutoburger Wald bietet sich für Einwohner aus OWL und den umliegenden Regierungsbezirken an. Insbesondere für Einwohner des Ruhrgebietes ist die Reiseregion Teutoburger Wald attraktiv. Ihnen ist im Katalog oder in Werbeanzeigen die schnelle Erreichbarkeit der Bauernbäder zu vermitteln.

- Attraktivität der Reiseregion Teutoburger Wald hervorheben

Eine der Gemeinsamkeiten der Bauernbäder ist, dass sie ihre Standorte in einer ruhigen, erholsamen Umgebung mit attraktiven Ausflugszielen haben, dem Teutoburger Wald. Die Vertreter der Bauernbäder sehen es als wesentliches Problem der Reha-Einrichtungen an, dass der Teutoburger Wald im Vergleich zu anderen Regionen noch keine typische Touristenregion ist. Unter den deutschen Mittelgebirgsregionen schneidet der Teutoburger Wald zwischen den Jahren 1996 und 2000 verhältnismäßig schlecht ab, denn die Übernachtungszahlen sind in diesem Zeitraum um 21,4 Prozent gesunken (Kern 2001: 56). Ein Grund dafür ist nach Ansicht der Vertreter der Bauernbäder darin zu suchen, dass die Region bisher zum größten Teil von zugewiesenen Gästen besucht wurde und kaum um Selbstentscheider geworben werden musste. Daher ist es umso wichtiger, dass die Bauernbäder die Vorteile, die ihre Region zu bieten hat, im Prospekt deutlich hervorheben. Im aktuellen Prospekt gibt es nur einen Verweis auf die Ausflugsziele der Region. Auf den Internetseiten der Einrichtungen wird lediglich auf die nähere landschaftliche Umgebung Bezug genommen, z. B. das Kurwegenetz. Wünschenswert wäre, dass die Einrichtungen mit attraktiven Ausflugszielen in der Reiseregion Teutoburger Wald werben.

- Veröffentlichung von Erfahrungsberichten

Bei den Gesundheitsleistungen der Bauernbäder greifen die Nachfrager – wenn sie Selbstentscheider sind – in der Regel auf Erfahrungen zurück, bevor sie die Leistungen in Anspruch nehmen. Die Bauernbäder haben daher im Rahmen ihrer Marketing-Maßnahmen die Weitergabe von Erfahrungen zu unterstützen, z. B. indem sie Erfahrungsberichte in ihren Prospekten, Flyern oder auf ihren Internetseiten veröffentlichen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Veröffentlichung in Gästezeitschriften dar, in denen auch gleichzeitig auf aktuelle Veranstaltungen in der Region

und andere touristische Betriebe (Gastronomie etc.) hingewiesen werden kann (Freyer 2001: 589). Das Sammeln von Erfahrungen könnte potenziellen Nachfragern dadurch erleichtert werden, dass ihnen z. B. „Schnupperwochenenden“ angeboten werden.

- Gemeinsames „Nach-Reise-Marketing“⁵⁰ durch die Bauernbäder
Das „Nach-Reise-Marketing“ spielt eine bedeutende Rolle zur Entwicklung und Erhaltung der Kundentreue. Es umfasst nach Freyer (2001: 77 f.):
 - „Nach-Kommunikation“: Kommunikation mit Gästen, die bereits Leistungen der Bauernbäder in Anspruch genommen haben. Dabei kann es sich z. B. um Direkt-Mailing-Aktionen handeln.
 - Beschwerdemanagement
 - Aktivitäten zum Aufbau einer Stammkundschaft, die die Dienstleistungen wiederholt in Anspruch nehmen soll. Hierbei geht das „Nach-Reise-Marketing“ direkt in das Marketing vor der nächsten Reise über.

Bad Senkelteich betreibt bereits Nachkaufwerbung, z. B. werden Gäste auf besondere Pauschalangebote hingewiesen. Bisher gibt es allerdings keine gemeinsame Nachkaufwerbung durch die Bauernbäder.

- Werbung durch Annoncen in regionalen und überregionalen Zeitungen und Fachzeitschriften
Annoncen ermöglichen in der Regel eine präzise Zielgruppenansprache (Freyer 2001: 589). Bisher warben die Bauernbäder gemeinsam nur über Anzeigen im „Landart-Magazin“, das vom Kreis Minden-Lübbecke herausgegeben wird. Die Vertreter der Bauernbäder sind der Ansicht, dass die persönliche Ansprache von potenziellen Gästen auf Messen effektiver sei als die Anzeigenwerbung. Da allerdings das Einzugsgebiet der Einrichtungen einen Radius von 150 bis 200 km aufweist und damit einen Teil des Ruhrgebiets mit rund 5,4 Mio. Einwohnern und des Rheinlandes mit rund 9,6 Mio. Einwohnern umfasst, kann sich die Vermarktung der Bauernbäder über Medien, die einen wesentlich größeren Kreis an Nachfragern erreichen, durchaus als umsatzsteigernd erweisen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003, Stand 31.12.2002; RWI 2004).

⁵⁰ Begriff von Freyer (2001: 71)

Fazit

Der überdurchschnittlich hohe Anteil der Selbstentscheider unter den Gästen der Bauernbäder erfordert entsprechende Investitionen in das Marketing zur Kundenbindung und Neukundengewinnung. Grundsätzlich sind beim Marketing horizontale Kooperationen der Reha-Einrichtungen vorteilhaft, wenn

- sie insofern Ähnlichkeiten hinsichtlich Leistungen, Ausstattung, Ambiente und Standort aufweisen, dass dieselbe Zielgruppe (derselbe Markt) angesprochen wird,
- es unterschiedliche Spezialisierungen gibt,
- die Einrichtungen räumlich nicht zu weit voneinander entfernt liegen.

Die Ansprache derselben Zielgruppe setzt bei räumlicher Nähe voraus, dass der Markt noch nicht erschlossen ist. Bei einer hohen Markterschließung würde der Konkurrenzgedanke zu stark in den Vordergrund treten. Da die Zusammenarbeit im Netzwerk der Bauernbäder bisher erfolgreich verlief, kann davon ausgegangen werden, dass der von ihnen angesprochene Markt noch Potenzial bietet.

Die gemeinsame Durchführung von Marketing-Maßnahmen, die mit den eigenen vorhandenen Ressourcen nicht machbar wären, wird voraussichtlich zu einer stärkeren Kundenbindung und einer Vergrößerung des Kundenstamms führen. Das Netzwerk stellt für die beteiligten Reha-Einrichtungen eine Organisationsstruktur dar, mit der sie sich schneller und flexibler an Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes anpassen können, als wenn sie einzeln agieren. Mittelständische Einrichtungen wie die Bauernbäder können sich durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen im Marketing und durch eine abgestimmte strategische Ausrichtung Wirtschaftlichkeitspotenziale und Wettbewerbsvorteile erschließen, die sonst nur großen Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung stehen. Wirtschaftlichkeitspotenziale können nicht nur in der einzelnen Reha-Einrichtung, sondern im gesamten Netzwerk realisiert werden. Die Bauernbäder haben dieses Potenzial erkannt und nutzen es erfolgreich.

6.5 Zwischenfazit

In Kapitel 6 wurden die Potenziale von Kooperationen und Netzwerken der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe aufgezeigt. Die Bedeutung der Kooperationen und Netzwerke ergibt sich aus unterschiedlichen Gründen, die in Abschnitt 6.1 dargestellt wurden. So ist in Ostwestfalen-Lippe eine Zunahme des Wettbewerbs im stationären Sektor – insbesondere in den Kurorten und Heilbädern – zu beobachten, der entsprechende Maßnahmen erfordert.

In Abschnitt 6.2 wurden daher Handlungsempfehlungen vorgestellt, die aufzeigen, welche Kooperationen und Netzwerke zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe beitragen. Die vorgestellten Kooperationsmöglichkeiten dienen nicht nur der Erschließung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen und der Erweiterung des Leistungsspektrums, sondern auch der Sicherung des Patientenzustroms aus anderen Regionen. Die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der Kooperationen und Netzwerke erfordert allerdings Änderungen der staatlichen Regulierung.

Neben der Wahl der Kooperationsformen ist auch die Leistungsausrichtung der Gesundheitseinrichtungen entscheidend für die Wettbewerbsfähigkeit der Region Ostwestfalen-Lippe. Die Leistungsausrichtung ist insbesondere an die demografische Entwicklung und die steigenden Ansprüche der Nachfrager anzupassen. Schließlich ist aufgrund der zunehmenden Konkurrenz durch andere Regionen eine stärkere Profilbildung der Region Ostwestfalen-Lippe anzustreben, die zur Erhöhung der Nachfrage sowie zur Gewinnung regionsexterner Kooperationspartner beiträgt.

Aufbauend auf den Handlungsempfehlungen wurden in Abschnitt 6.3 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren von Kooperationen und Netzwerken der Gesundheitseinrichtungen dargestellt. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Arten von Leistungserbringern und der verschiedenen Sektoren in der Gesundheitswirtschaft wurden generelle Aussagen bezüglich der Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren getroffen. Um aufzuzeigen, unter welchen Voraussetzungen Kooperationen im Einzelfall gegründet werden und welche Faktoren zu ihrem Erfolg beitragen, wurden in Abschnitt 6.4 ausgewählte Fallbeispiele vorgestellt. Die Fallbeispiele können aufgrund ihrer innovativen Kooperationsformen als Wegweiser für die Region Ostwestfalen-Lippe angesehen werden. Sie zeigen, inwiefern Kooperationen in der Region dazu beitragen können, die Wirtschaft-

lichkeit der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen und gleichzeitig die Versorgung der Patienten zu verbessern.

7 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie mit Kooperationen und Netzwerken zum einen die dynamische Wettbewerbsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen und zum anderen die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann. Die Erkenntnisse sind für das Management von Gesundheitseinrichtungen ebenso wie für die Regionalpolitik von Bedeutung.

Um dieser Zielsetzung gerecht zu werden, stellt sich die Aufgabe, zunächst in Kapitel 2 die Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft darzustellen. In der Gesundheitswirtschaft können Abweichungen von idealen marktwirtschaftlichen Prinzipien festgestellt werden. Sie lassen sich daraus ableiten, dass Gesundheitsgüter besondere Merkmale aufweisen, die zum Marktversagen führen. Gesundheitsgüter würden daher durch den Markt nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden. Das Bedürfnis der Bevölkerung nach gesundheitlicher Versorgung erfordert somit staatliche Eingriffe, die garantieren, dass Gesundheitsgüter zu einer angemessenen Qualität, zu einem angemessenen Preis und in einem ausreichenden Umfang angeboten werden.

Es werden verschiedene Instrumente der staatlichen Regulierung aufgezeigt und ihre Anreizwirkungen diskutiert. Bei der gemeinsamen Selbstverwaltung durch verschiedene Akteure werden unterschiedliche Interessen verfolgt. Dadurch können Handlungsanreize für die Leistungserbringer und Kostenträger entstehen, die von den offiziell gewünschten Anreizen abweichen. Offiziell gewünschte Anreize sollen dazu dienen, die Ziele Qualitätssicherung und Anpassung der Gesundheitsausgaben an das Versorgungsniveau zu erreichen.

Anpassungen der Gesundheitsversorgung an Veränderungen wie die demografische Entwicklung, die sich wandelnden Lebensverhältnisse oder auch den medizinisch-technischen Fortschritt können aufgrund der unterschiedlichen Interessen der Akteure nur langsam stattfinden. Dies begünstigt die Entstehung von Ineffizienzen im Gesundheitssystem. Sie spiegeln sich in steigenden Gesundheitsausgaben wider, die nicht dem Versorgungsniveau angepasst sind. Darauf wird mit Reformen im Rahmen der staatlichen Regulierung reagiert. So verfolgt die staatliche Regulierung unter anderem das Ziel, die Effizienz in der Gesundheitswirtschaft durch Kooperationen und Netzwerke zwischen Gesundheitseinrichtungen zu fördern.

In Kapitel 3 werden Reformen und Gesetzesänderungen beschrieben, mit denen das Ziel verfolgt wird, eine einrichtungsübergreifende Gesundheitsversorgung durch die Weiterentwicklung bestehender Kooperationen und Netzwerke sowie die Entstehung neuer Kooperationsformen zu fördern. Insbesondere soll eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung mit einem effizienten Behandlungsablauf der Patienten über verschiedene Versorgungsstufen hinweg erreicht werden. Dadurch soll die Qualität der Versorgung verbessert und Einsparungen in der Gesundheitswirtschaft realisiert werden, indem beispielsweise Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Zudem wird der Wettbewerb zwischen den Gesundheitseinrichtungen gefördert, da er ebenfalls zu effizienten Leistungen führen und damit Einsparungen anregen soll.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde im Jahr 2000 das GKV-Gesundheitsreformgesetz in Kraft gesetzt. Hierdurch kam es allerdings nicht im erhofften Umfang zur Bildung und Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken, da die Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungserbringer und Kostenträger zu stark eingeschränkt wurden. Dies betraf zum einen die Gestaltungsmöglichkeiten beim Leistungsangebot, zum anderen die Möglichkeiten bei der Wahl der Vergütungsformen.

Da eine einrichtungsübergreifende Versorgung nicht im erwünschten Umfang erreicht wurde, wurde im Jahr 2004 das GKV-Modernisierungs-Gesetz in Kraft gesetzt, durch das der Gestaltungsspielraum bei der gemeinsamen Leistungserstellung erweitert wird. Das Gesetz ermöglicht im Rahmen der integrierten Versorgung nicht nur wie bisher sektorenübergreifende – also vertikale – Kooperationen und Netzwerke, sondern nun auch interdisziplinär-fachübergreifende – also horizontale – Kooperationen und Netzwerke. Die neu geschaffene gesetzliche Grundlage für Vertragsabschlüsse mit einzelnen Vertragsärzten trägt entscheidend zur Flexibilisierung der Kooperationen und Netzwerke bei. Darüber hinaus sind seit 2004 Medizinische Versorgungszentren als neue Kooperationsform zugelassen. Sie ermöglichen erstmals eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Leistungserbringern unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit Leistungserbringern nichtärztlicher Heilberufe. Den Gesundheitseinrichtungen bieten sich somit neue Kooperationsmöglichkeiten. Allerdings bleibt abzuwarten, in welchem Umfang die einrichtungsübergreifende Gesundheitsversorgung tatsächlich umgesetzt wird.

Im Anschluss an die Darstellung der Gesundheitsreformen und Gesetzesänderungen, die die Weiterentwicklung von Kooperationen und Netzwerken zum Ziel haben, folgt in Kapitel 4 die Charakterisierung der Gesundheitswirtschaft in der Region Ostwestfalen-Lippe. Sie zeigt die große Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Region auf. Die Gesundheitswirtschaft und ihre Nachbarbranchen stellen in der Region seit etwa 150 Jahren einen wichtigen Wirtschafts- und Beschäftigungsbereich dar und prägen das Angebot der Region mit ihren vielfältigen Dienstleistungen und Produkten. Insbesondere wegen ihrer Vielzahl an Heilbädern und Kurorten gilt die Region Ostwestfalen-Lippe als wichtige Gesundheits- und Tourismusregion in Nordrhein-Westfalen.

Aufgrund der günstigen demografischen Entwicklung mit einem hohen Anteil junger Erwerbspersonen in der Region Ostwestfalen-Lippe – im Verhältnis zu der in der gesamten Bundesrepublik Deutschland – werden der Region Wachstumschancen prognostiziert. Zudem wird in Ostwestfalen-Lippe in den nächsten Jahren der Anteil derjenigen älteren Menschen zunehmen, bei denen es sich um kaufkräftige Nachfrager von Reisen, Wellness-Angeboten und kulturellen Veranstaltungen handelt. Eine Reihe der Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes nutzt bereits Kooperationen und Netzwerke, um den zukünftigen Anforderungen der Nachfrager gewachsen zu sein. Insgesamt bieten sich der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe gute Wachstumspotenziale.

Anschließend werden die Ergebnisse der empirischen Erhebung in Kapitel 5 vorgestellt. Sie zeigen, inwieweit Kooperationen und Netzwerke der Gesundheitswirtschaft in der Region vorhanden sind bzw. zurzeit entstehen. Die Erhebung erfolgte in Form von schriftlichen und mündlichen Befragungen. Die schriftliche Befragung richtete sich an stationäre und teilstationäre Leistungserbringer sowie an Vorleistungs- und Zulieferindustrien der Gesundheitswirtschaft. Die Experteninterviews wurden mit Vertretern von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, von Industrieunternehmen, von Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, von Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt. Die Experteninterviews dienten der Vorbereitung der schriftlichen Befragung und der vertieften Analyse ihrer Ergebnisse.

Die Erhebung führt zu Erkenntnissen über die Intensität der Kooperationen und Netzwerke in verschiedenen Funktionsbereichen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren. Sie zeigt, dass Kooperationen in den Funktionsbereichen Beschaffung, Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung unterschiedlich stark ausgeprägt sind.

Bei der Beschaffung von Ge- und Verbrauchsgütern sowie von Dienstleistungen wird überwiegend innerhalb – nicht außerhalb – der Region Ostwestfalen-Lippe kooperiert. Differenziert man zwischen Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen, so zeigt sich, dass Reha- und Pflegeeinrichtungen Güter und Dienstleistungen überwiegend aus Ostwestfalen-Lippe beziehen. Krankenhäuser beziehen Dienstleistungen ebenfalls überwiegend innerhalb der Region, Ge- und Verbrauchsgüter dagegen außerhalb der Region. Aufgrund der relativ großen Bestellmengen haben Krankenhäuser die Vorteile von horizontalen Kooperationen und Netzwerken in Einkaufsverbünden bereits eher erkannt als Reha- und Pflegeeinrichtungen.

Im Gegensatz zu Ge- und Verbrauchsgütern werden Dienstleistungen von allen Gesundheitseinrichtungen aufgrund der räumlichen Nähe und des günstigen Preis-Leistungs-Verhältnisses der ostwestfälisch-lippischen Dienstleister überwiegend innerhalb der Region nachgefragt. Nach Einschätzung der befragten Einrichtungen wird es bei der Beschaffung in den beiden folgenden Jahren nur zu geringfügigen Veränderungen kommen.

Kleinere und mittelgroße Gesundheitseinrichtungen scheuen den organisatorischen Aufwand und die Kosten, die mit der Gründung von Beschaffungs Kooperationen verbunden ist. Aber gerade sie könnten in Einkaufsverbünden Wettbewerbsvorteile erzielen, die sonst nur große Einrichtungen erreichen.

Vergleicht man die Funktionsbereiche Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung miteinander, so wird deutlich, dass bei der Erstellung von Dienstleistungen am meisten kooperiert wird, während in der Forschung und Entwicklung am wenigsten kooperiert wird. Kooperationen und Netzwerke zwischen stationären Einrichtungen sind in allen drei Bereichen am häufigsten anzutreffen. Kooperationen und Netzwerke der stationären Einrichtungen mit Institutionen und Organisationen der Technologieentwicklung sowie des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen sind dagegen nur schwach ausgeprägt.

In den kommenden Jahren werden Kooperationen und Netzwerke nach Einschätzung der befragten Gesundheitseinrichtungen in allen drei Bereichen zunehmen, so vor allem zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen, also auf vertikaler Ebene. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte sehen in vertikalen Kooperationen eine Möglichkeit, ihr Leistungsspektrum zu erweitern.

Auf horizontaler Ebene kam es insbesondere in den letzten Jahren aufgrund der Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen zwischen Krankenhäusern, aber auch zwischen Reha-Einrichtungen, zu Fusionen. Sie werden vor allem von kleineren Einrichtungen zunehmend als Notwendigkeit zur Existenzsicherung angesehen. Kooperationen und Netzwerke ermöglichen ebenso wie Fusionen eine bessere Planung und Umsetzung der langfristigen strategischen Ausrichtung der Leistungserbringer und tragen damit zur Verbesserung ihrer dynamischen Wettbewerbsfähigkeit bei.

Eine Ausnahme bilden lediglich die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, bei denen horizontale Kooperationen nur schwach ausgeprägt sind. Aufgrund ihres verhältnismäßig homogenen Leistungsspektrums herrscht bei ihnen das „Denken aus einer Hand“ vor, also die Einstellung, ein möglichst breites Leistungsspektrum selbst anbieten zu wollen. Kooperationen und Netzwerke und die damit verbundenen Spezialisierungen werden daher eher abgelehnt.

Abgesehen von den Pflegeeinrichtungen haben die Gesundheitseinrichtungen der Region Ostwestfalen-Lippe die Potenziale von Kooperationen und Netzwerken erkannt. Neue Gestaltungsmöglichkeiten bei Kooperationen, die die Gesundheitsreformen bieten, werden allerdings nur langsam umgesetzt. Die Entwicklung neuer Kooperationsformen, mit denen eine einrichtungsübergreifende Versorgung der Patienten erreicht werden kann, befindet sich erst in der Anfangsphase.

In Kapitel 6 werden die Potenziale aufgezeigt, die Kooperationen und Netzwerke einzelnen Gesundheitseinrichtungen, aber auch der gesamten Region Ostwestfalen-Lippe bieten. Der erste Abschnitt 6.1 behandelt die Gründe für Handlungsbedarf in der Region Ostwestfalen-Lippe. So wird aufgezeigt, dass Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft zu einem starken Ausgabenanstieg führten, der nicht an das Versorgungsniveau angepasst war. Gesundheitsreformen, durch die eine Anpassung der Gesundheitsausgaben an das Versorgungsniveau angestrebt wurden, hatten unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheitswirtschaft. In der Region Ostwestfalen-Lippe führte

insbesondere das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz zu einem starken strukturellen Wandel: In der stationären, medizinischen Rehabilitation wurden Einsparungen vorgenommen, sodass es vor allem in den Heilbädern und Kurorten und zu unzureichenden Auslastungen der Rehabilitationseinrichtungen kam. Die Zunahme des Wettbewerbs in der Rehabilitation mit anderen Regionen erschwert die Sicherung der Auslastungen.

Daneben ist auch im Krankenhaussektor aufgrund von ausgabensenkenden Maßnahmen eine Zunahme des Wettbewerbs zu beobachten, die sich vermutlich durch die Einführung des G-DRG-Systems im Jahr 2005 verstärken wird. Mit der Einführung des G-DRG-Systems werden Einsparungen im Krankenhaussektor erwartet, da das Kostendeckungsprinzip durch das Leistungsprinzip abgelöst wird. Darüber hinaus ist mit dem G-DRG-System die Erwartung verbunden, dass Anreize zur Entwicklung neuer sektorenübergreifender Kooperationsformen entstehen.

Die Gesundheitseinrichtungen der Region Ostwestfalen-Lippe werden durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz des Jahres 2004 vor die Herausforderung gestellt, neue Gestaltungsspielräume zur Entwicklung innovativer Kooperationsformen, z. B. in Form von Medizinischen Versorgungszentren, zu nutzen. Daneben ist der Region Ostwestfalen-Lippe ein eindeutig wahrnehmbares Profil als Gesundheitsregion zu verleihen, bei dem die besonderen Kompetenzen der Region hervorgehoben werden. Die in Abschnitt 6.2 vorgestellten Handlungsempfehlungen sollen dazu beitragen, die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Region Ostwestfalen-Lippe zu stärken sowie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung durch Kooperationen und Netzwerke sicherzustellen.

Aufgrund der Vielzahl an stationären Rehabilitationseinrichtungen in den Heilbädern und Kurorten der Region Ostwestfalen-Lippe sind Kooperationen und Netzwerke zu entwickeln, die zu einer effizienten Leistungserbringung durch die Rehabilitationseinrichtungen beitragen und damit deren Auslastung in den kommenden Jahren sichern bzw. erhöhen. Zur Gewinnung der Nachfrage aus anderen Regionen können überregionale Kooperationen und Netzwerke der ostwestfälisch-lippischen Rehabilitationseinrichtungen mit regionsexternen Krankenhäusern beitragen. Diesen Kooperationen und Netzwerken ist daher eine besondere Bedeutung beizumessen. Bei Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern, die ähnliche Kernkompetenzen aufweisen, kann die

Teilnahme an der integrierten Versorgung zur Erschließung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen beitragen.

Vertikale Kooperationen und Netzwerke zwischen stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen dienen den Kooperationspartnern zur Erweiterung ihres Leistungsspektrums. Die stationären Reha-Einrichtungen haben zur Sicherung der Nachfrage aus anderen Regionen insbesondere Kooperationen und Netzwerke mit regions-externen ambulanten Reha-Einrichtungen anzustreben. Darüber hinaus tragen auch Kooperationen und Netzwerke mit niedergelassenen Ärzten zur Erweiterung des Leistungsspektrums bei.

Neben den vertikalen Kooperationen und Netzwerken bietet es sich an, dass die Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes ihr Leistungsspektrum durch Kooperationen und Netzwerke mit Einrichtungen der Nachbarbranchen, wie beispielsweise der Tourismusbranche, erweitern. Solche Kooperationen und Netzwerke sind insbesondere für die Gesundheitseinrichtungen in den Heilbädern und Kurorten Ostwestfalen-Lippes wichtig, da sie eine strategische Neuausrichtung der Leistungsangebote ermöglichen und zur Entstehung neuer Dienstleistungen führen. Die Leistungsausrichtungen der Gesundheitseinrichtungen sind neben den zu wählenden Kooperationsformen entscheidend für die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Region Ostwestfalen-Lippe.

Aufgrund des starken Konkurrenzdrucks durch Kurorte und Heilbäder in anderen Regionen ist eine Profilierung der Region Ostwestfalen-Lippe gegenüber der Konkurrenz notwendig. Dies erfordert die Identifizierung attraktiver Gesundheitsleistungen. So sind die Gesundheitsleistungen an die demografische Entwicklung anzupassen und dabei auf bestimmte Zielgruppen auszurichten. In den nächsten Jahren wird die Nachfrage der über 64-jährigen nach Gesundheits- und Pflegeleistungen zunehmen. Sie fragen sowohl Leistungen nach, die im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erbracht werden, als auch privat zu zahlende Leistungen. Mit dem Bedürfnis nach einer längeren Lebenserwartung und mehr Lebensqualität gehen steigende Ansprüche der Nachfrager einher: Dies erfordert ein Angebot qualitativ hochwertiger Leistungen, die den individuellen Bedürfnissen der Nachfrager angepasst sind.

Die Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes weisen bereits qualitativ hochwertige Leistungen in Spezialgebieten auf, die entsprechend den Ansprüchen der Patienten zu erweitern sind. Zusätzliche Angebote für Privatzahler in den Heilbädern und Kuror-

ten bieten eine Möglichkeit, die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Region zu erhöhen. Vor allem die Nachfrage nach Wellness-Leistungen, die durch Gesundheitseinrichtungen in Kooperation mit ihren Nachbarbranchen angeboten werden können, bietet große Wachstumspotenziale.

Schließlich ist aufgrund der zunehmenden Konkurrenz durch andere Regionen eine stärkere Profilbildung der Region Ostwestfalen-Lippe anzustreben, bei der das Leistungsangebot gegenüber demjenigen anderer Regionen hervorgehoben wird. Dies trägt nicht nur zur Erhöhung der Nachfrage bei, sondern auch zur Gewinnung von regions-externen Kooperationspartnern. Neben den bereits etablierten Initiativen und Projekten sind aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs weitere Maßnahmen zu entwickeln, die eine Koordination auf regionaler Ebene erfordern. Diese werden in Abschnitt 6.2 aufgezeigt. Die Profilbildung trägt dazu bei, die dynamische Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe gegenüber anderen Regionen zu stärken.

Für eine erfolgreiche Umsetzung der Handlungsempfehlungen werden in Abschnitt 6.3 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für Kooperationen und Netzwerke detailliert aufgezeigt. Dies erfolgt im Vergleich zu bisherigen Arbeiten zu Themen der Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft anhand eines Kooperationsphasen-Modells. Dieses Modell ist als ein erfolgsversprechender Ansatz anzusehen, um Empfehlungen für die Vorgehensweise in aufeinander folgenden zeitlichen Phasen bei der Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken zu liefern.

Beim Kooperationsphasen-Modell wird zwischen fünf aufeinander folgenden Phasen unterschieden. Ob es zur Initialisierung von Kooperationen und Netzwerken kommt, hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab. Hierbei kann zwischen umfeldbezogenen und einrichtungsbezogenen Voraussetzungen unterschieden werden. Aufbauend auf den Voraussetzungen wird dargestellt, welche Erfolgsfaktoren zur Entwicklung und zum Fortbestehen von Kooperationen und Netzwerken beitragen. Die genannten Erfolgsfaktoren dienen den kooperierenden Gesundheitseinrichtungen dazu, langfristige Wettbewerbsvorteile gegenüber ihren Konkurrenten zu erzielen.

Abschließend werden in Abschnitt 6.4 Fallbeispiele für innovative Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe dargestellt, die aufzeigen, unter welchen Voraussetzungen es zur Gründung dieser Netzwerke kam und welche Erfolgsfaktoren zu ihrer Weiterentwicklung beitragen. Um den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zu erfassen,

werden Fallbeispiele aus dem Krankenhaussektor, dem Rehabilitationssektor und dem ambulanten Sektor gewählt. Die Fallbeispiele können aufgrund ihrer innovativen Kooperationsformen als Wegweiser für die Region Ostwestfalen-Lippe, aber auch für andere Regionen angesehen werden. Sie zeigen, inwiefern Kooperationen und Netzwerke dazu beitragen können, die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen und gleichzeitig die Versorgung der Patienten zu verbessern.

In der ambulanten Versorgung können durch Netzwerke neben der ärztlichen Grundversorgung Zusatzleistungen für Privatzahler angeboten werden, wie es im Bündler Ärztenetzwerk möglich ist. Durch das Angebot von Zusatzleistungen werden Bedürfnisse der Patienten abgedeckt, die über die ärztliche Grundversorgung hinausgehen.

In der stationären Versorgung ermöglichen Kooperationen und Netzwerke die Fokussierung auf komplementäre Kernkompetenzen. Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen in den verschiedenen Funktionsbereichen – beispielsweise in der Aus- und Weiterbildung – führt zu einer besseren Auslastung und damit zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen, wie das Beispiel der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen zeigt. Auch eine gemeinsame Vermarktung der Gesundheitsleistungen, wie im Beispiel der Bauernbäder im Teutoburger Wald, ermöglicht die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen.

Neben den genannten Fallbeispielen gibt es in Ostwestfalen-Lippe weitere Kooperationen und Netzwerke, die erfolgreich kooperieren. Sie dienen als Beleg dafür, dass Kooperationen und Netzwerke zur Profilbildung und damit zur Steigerung der dynamischen Wettbewerbsfähigkeit, zur Existenz- und Arbeitsplatzsicherung in der Gesundheitswirtschaft der Region Ostwestfalen-Lippe – und ebenso in anderen Regionen – beitragen.

Literaturverzeichnis

Aaker, D. A.: Strategisches Markt-Management – Wettbewerbsvorteile erkennen, Märkte erschließen, Strategien entwickeln, Gabler, Wiesbaden 1989.

Amelung, V. E.; Schumacher, H.: Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 2. aktual. Aufl., Gabler, Wiesbaden 2000.

Anderson, J. C.; Narus, J. A.: Partnering as a Focused Market Strategy, in: California Management Review, H. Frühjahr, 1991, S. 95-113.

Andreas, H.: Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik in der Bundesrepublik Deutschland – Die ökonomische Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen von der Kostenexplosion bis zum Gesundheitsstrukturgesetz, Volkswirtschaftliche Reihe, Bd. 15, Botermann & Botermann, Köln 1994.

Arrow, K. J.: Applied Economics, Collected Papers of Kenneth J. Arrow, v. 6, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 1985.

Augurzky, B.; Krolop, S.; Liehr-Griem, A.; Schmidt, C. M.; Terkatz, S.: Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, in: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Materialien, H. 13, Essen 2004, S. 11.

Backhaus, K.; Piltz, K.: Strategische Allianzen – eine neue Form kooperativen Wettbewerbs?, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Sonderheft, 1990, S. 1-10.

Balling, R.: Kooperation – Strategische Allianzen, Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis, 2. durchges. Aufl., Peter Lang, Frankfurt am Main u. a. 1998.

Basedow, J.: Wirtschaftsregulierung zwischen Beschränkung und Förderung des Wettbewerbs; in: Fuchs, A.; Schwintowski, H.-P.; Zimmer, D.: Wirtschafts- und Privatrecht im Spannungsfeld von Privatautonomie, Wettbewerb und Regulierung, Festschrift für Ulrich Immenga zum 70. Geburtstag, Verlag C. H. Beck, München 2004.

Becker, J.; Hensgen, R.: Integrierte Versorgung – Innovation oder Rückbesinnung auf historische Wurzeln, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, H. 4, 2000, S. 275-280.

Becker-Berke, S.; Lautwein-Reinhard, B.: Stichwort: Gesundheitswesen, 2. vollst. überarb. Aufl., KomPart, Bonn 2004.

Beckers, A.: Integrierte Gesundheitsversorgung und Managed-Care im Krankenhaus, Univ., Diss., Trier 2003.

Beek, K. van der; Cassel, D.: Funktionsbedingungen und Funktionsprobleme des Wettbewerbs im System der deutschen Krankenversicherung, in: Delhaes, K. von; Fehl, U. (Hrsg.): Dimensionen des Wettbewerbs, Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Bd. 52, Stuttgart 1997.

Behnsen, E.: Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (I), in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 8, 2004, S. 602-606.

Beske, F.: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe, Bd. 93, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Kiel 2002.

Beske, F.: Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Schriftenreihe Bd. 96, Schmidt & Klaunig, Kiel 2003.

Beske, F.; Drabinski, T.; Wolf, J. H.: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Bd. 94, Schmidt & Klaunig, Kiel 2002.

Beske, F.; Hallauer, J. F.; Kern, A. O.: Rationierung im Gesundheitswesen?, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Schriftenreihe Bd. 58, Triltsch, Würzburg 1996, S. 15.

Bezirksregierung Detmold (Hrsg.): Demografischer Wandel in Ostwestfalen-Lippe, Detmold 2003.

Bleile, G.: Tourismusmärkte: Fremdenverkehrsmarkt – Hotelmarkt – Touristikmarkt – Bädermarkt – Luftverkehrsmarkt im Wandel, Oldenbourg, München 1995.

Braun, T.: Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen, Asgard-Verlag, Sankt Augustin 2002.

Brechtel, T.; Pilz, T.: Krankenhaus-Qualitätsbericht – Inhalt und Nutzen für Krankenhäuser, in: Arzt und Krankenhaus, Bd. 3, 77. Jg., 2004, S. 71-74.

Breyer, F.; Zweifel, P.: Gesundheitsökonomie, 3. überarb. Aufl., Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 1999.

Brinkmann, R. D.: Techniken der Personalentwicklung, Sauer-Verlag, Heidelberg 1999.

Brockhoff, K.: Management organisatorischer Schnittstellen – unter besonderer Berücksichtigung der Koordination von Marketingbereichen mit der Forschung und Entwicklung, Hrsg.: Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften e. V. Hamburg, Göttingen 1994.

Bronder, C.; Pritzel, R.: Ein konzeptioneller Ansatz zur Gestaltung und Entwicklung strategischer Allianzen, in: Bronder, C.; Pritzel, R. (Hrsg.): Wegweiser für strategische Allianzen – Meilen- und Stolpersteine bei Kooperationen, Gabler, Wiesbaden 1992, S. 17-44.

Bucklin, L. P.; Sengupta, S.: Organizing Successful Co-Marketing Alliances, in: Journal of Marketing, H. April, 1993, S. 32-46.

Burger, S.; Kasper, J.: Versorgungsmanagement – neue Herausforderungen für die Kostenträger, Sozialer Fortschritt 47, 1, S. 9-14.

Cassel, D. (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden 2004.

Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat – Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor, Edition Sigma, Berlin 2000.

Delhaes, K. von; Fehl, U. (Hrsg.): Dimensionen des Wettbewerbs – Seine Rolle in der Entstehung und Ausgestaltung von Wirtschaftsordnungen, Lucius & Lucius, Stuttgart 1997.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) (Hrsg.): Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V, Materialiensammlung, 2. geänderte Aufl., Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf 2002.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Informationen für Krankenhäuser zur integrierten Versorgung §§ 140 a bis d SGB V, Berlin 2004 a.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.): Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V, 2. geänd. Aufl., Berlin 2004 b.

Deutscher Bundestag: Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz – WFG), Drucksache 13/4610, 1996.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1525, 2003.

Dibbern, F. F.: Mittelstand im Wandel des Wettbewerbs – Möglichkeiten und Grenzen kooperativer Unternehmensnetzwerke als strategische Option, Dissertation, Freiburg im Breisgau 2002.

Dichtl, E.; Issing, O. (Hrsg.): Vahlens Großes Wirtschaftslexikon, Bd. 1, 2. überarb. und erw. Aufl., C. H. Beck 1994.

Doz, Y. L.; Hamel, G.: Alliance Advantage – The Art of Creating Value through Partnering, Boston (Mass.), 1998.

Dresdner Kleinwort Benson: Krankenhaus-Report, Frankfurt a. M. 1999.

Drösler, S. E.; Schwenger-Holst, I.: Das DRG-System bestraft die Prozessoptimierer – Abschläge für beste Leistungen in kürzester Zeit, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Bd. 6, 20. Jg., 2003, S. 592-593.

Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Szecsenyi, J.; Wasem, J.: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, 2003.

Eiff, W. von (Hrsg.): Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, in: Gesundheitspolitik in Deutschland, Bd. 6, Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2002.

Endress, R.: Strategie und Taktik der Kooperation – Grundlagen der zwischen- und innerbetrieblichen Zusammenarbeit, 2. überarb. Aufl., Berlin 1991.

Ennemann, U.: Wirtschaftliche Führung öffentlicher Krankenhäuser – Eine kritische Betrachtung der Public Private Partnership im deutschen Krankenhauswesen aus institutionenökonomischer Sicht, Dissertation, Universität Paderborn, Paderborn 2003.

Essen, H.-J. von: Kooperative Arbeitsweisen in ambulanten Zentren mit vernetzten Strukturen, in: Eichhorn, S.; Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care – Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1998, S. 74-85.

Fink, U.: Gesundheitsreform 2003, Nomos, Baden-Baden 2002.

Flintrop, J.: Lexikon: Integrierte Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 10 vom 05.03.2004, S. A-668, B-556, C-544.

Frey, D.; Schulz-Hardt, S. (Hrsg.): Vom Vorschlagswesen zum Ideenmanagement, Hogrefe, Göttingen u. a. 2000.

Freyer, W.: Tourismus-Marketing – Marktorientiertes Management im Mikro- und Makrobereich der Tourismuswirtschaft, 3. überarb. Aufl., Oldenbourg Verlag, München, Wien 2001.

Fuchs, H.: Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbe-
reiche Rehabilitation und Pflege, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H.
(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt G-DRGs im Jahre 1, Schattauer,
Stuttgart 2004, S. 187-209.

Geigant, F.; Oberender, P. O. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteue-
rung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Beiträge zur Gesund-
heitsökonomie, Bd. 8, Bleicher, Gerlingen 1985.

Gerresheim, W.: Versorgungsformen zum Nutzen der Versicherten – Mehr Hand-
lungsspielräume für das Gesundheitsmanagement, in: AOK – Die Gesundheitskasse in
Hessen (Hrsg.): Innovationen für Gesundheit, Bad Hersfeld, 2000, S. 45-56.

Greiner, R.; Kranich, C.: Was erwarten Patienten von ihrem Praxisnetz?, in: Bausch,
J.: Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Hrsg.: Topho-
ven, C., Dt. Ärzte-Verlag, Köln, 2003, S. 261-275.

Greß, S.; Jacobs, K.; Schulze, S.; Wasem, J.: Vertragswettbewerb und die Versorgung
mit stationären Leistungen, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.):
Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Schattauer, Stuttgart
2004, S. 121-136.

Gries, T.; Langeleh, D.: Konstitutive Elemente einer anreizkompatiblen Gestaltung des
Gesundheitssystems, International Economics, Working Paper, Universität Paderborn
2002.

Grönemeyer, D. H. W.: Med. In Deutschland: Standort mit Zukunft, ABW Wissen-
schafts-Verlag, Berlin Leiben 2001.

Hahn, D.; Gräß, U.: Erfolgsfaktoren und Wachstumsstrategien erfolgreicher mittelständischer Unternehmungen in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien – Ergebnisbericht einer empirischen Studie, in: Bühner, R. (Hrsg.): Führungsorganisation und Technologiemanagement, Festschrift für Friedrich Hoffmann zum 65. Geburtstag, Berlin 1989, S. 211-230.

Hallauer, J. F.: Ansichten von Verbänden und Organisationen im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Triltsch, Würzburg 1997.

Hartmann, Bernd: Krisenmanagement in der medizinischen Rehabilitation – Eine empirische Analyse der Wettbewerbsdeterminanten als Grundlage einer Positionierungsstrategie, in: Wilfried von Eiff (Hrsg.): Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, Bd. 5, Centrum für Krankenhausmanagement an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2002.

Henke, K.-D.: Innovatives Gesundheitsmanagement im Zeichen Europas, Prokon, München 2000.

Henke, K.-D.: Ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Bd. 5, 2002 a, S. 327-340.

Henke, K.-D.: Dauerkrise des deutschen Gesundheitssystems, in: Berthold, N.; Huber, B. (Hrsg.): Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung, Bd. 1, 41. Jg., Frankfurt, München 2002 b, S. 1-4.

Henke, K.-D.: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze, Technische Universität, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, Berlin 2004 a.

Henke, K.-D.: Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland – Lessons learned from comparison of other Health Care Systems, Nomos, Baden-Baden 2004 b.

Henke, K.-D.; Hesse, M.: Gesundheitswesen, in: Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 4: Ausgewählte Handlungsfelder, Gütersloh 1999, S. 249-288.

Hensen, P.; Schwarz, T., Luger, T. A.; Roeder, N.: Veränderungsmanagement im DRG-Zeitalter – Anpassungsprozesse müssen integrativ bewältigt werden, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 2, 2004, S. 88-92.

Hoffmann, F.: Kritische Erfolgsfaktoren – Erfahrungen in großen und mittelständischen Unternehmungen, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 38. Jg., H. 10, 1986, S. 831-843.

Huber, E. E.: Von Notwendigkeit zur Reform, in: Hölling, G.; Petersen, E. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit, Mabuse Verlag 1995, S. 131.

Hübner, S.: Vom Allgemeinen Krankenhaus zur Gesundheitsfabrik, Peter Lang, Frankfurt a. M. 2004.

IGSF (Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Hrsg.): Bericht über die Tagung Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherungen und nationalen Gesundheitsdiensten, Schriftenreihe Bd. 53, Triltsch, Würzburg 1996.

Jacobs, K.; Schröder, W. F.: Wettbewerb als Motor der Integration?, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 - Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart 2003, S. 103-112.

Janßen, H. J.: Kooperation und Vernetzung im Gesundheitssystem, in: Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat - Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor, Edition Sigma, Berlin 2000.

Johnston, R.; Lawrence, P. R.: Beyond Vertical Integration – The Rise of the Value-Adding Partnership, in: Harvard Business Review, H. July-August, 1988, S. 94-101.

Kaspar, F.: Brunnenkur und Sommerlust: Gesundbrunnen und Kleinbäder in Westfalen, Westfalen Verlag, Bielefeld 1993.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV; Hrsg.): Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, H. 49, 2000.

Kern, A.: Profil und Profilierung deutscher Urlaubsregionen unter besonderer Berücksichtigung der Mittelgebirge, in: Becker, C. (Hrsg.): Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, Bd. 54, Geographische Gesellschaft Trier, Trier 2001.

Kloas, P.-W.: Modularisierung in der beruflichen Bildung: Modebegriff, Streitthema oder konstruktiver Ansatz zur Lösung von Zukunftsproblemen, Bielefeld 1997.

Kommission Krankenhausfinanzierung: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 20, Geringen 1987.

KOMPASS Deutschland Verlags- und Vertriebsgesellschaft mbH (Hrsg.): KOMPASS Firmendatenbank für Einkauf und Marketing, Ausgabe 18, Freiburg (Breisgau) 2002.

Koutsoyiannis, A.: Modern microeconomics, 2nd ed., reprinted, new format, Macmillan Education LTD, London 1988.

Kroeber-Riel, W.: Konsumentenverhalten, 8. aktual. und erg. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München 2003.

Kuhlmann, J.-M.: Vertragliche Regelungen und Strukturen bei der Integrierten Versorgung, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 6, 2004, S. 417-426.

Kur- und Verkehrsverein Bad Salzuflen e. V. (Hrsg.): Aus der Chronik von Stadt und Bad, aktualisierte Aufl., Verlag Dröge Schötmar, Bad Salzuflen 1998.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2003a.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Verzeichnis der Berufskollegs und der Schulen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen 2003, Düsseldorf 2003b.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sonderauswertung vom Nov. 2003, Düsseldorf 2003 c.

Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Projektgruppe Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW (Hrsg.): Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 1.0, Düsseldorf 2004.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Standort Westfalen: Regionalstatistik für Westfalen-Lippe, Ibbenbürener Vereinsdruckerei, Münster 2003.

Lüngen, M.; Lauterbach, K. W.: Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Schattauer, Stuttgart 2004, S. 173-186.

Maier, G.; Tödtling, F.: Regional- und Stadtökonomik 2 – Regionalentwicklung und Regionalpolitik, Springer, Wien New York 1996.

Merke, K. (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen, Quintessenz-Verlag, Berlin u. a. 2000.

Messemer, J.; Margreiter, V.: Der Klinikmarkt für Rehabilitation – Wettbewerbsdynamik und Entwicklungstendenzen, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 - Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart 2003, S. 147-160.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW; Hrsg.): Einrichtung von zentralen Ausbildungsstätten für Pflegeberufe – Dokumentation am Beispiel Gütersloh, Bad Lippspringe 1996.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW; Hrsg.): Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1999.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW; Hrsg.): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW, Düsseldorf 2001.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW; Hrsg.): Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW – Version 2.0, Düsseldorf 2005.

Mittelstands-Institut im Kreis Herford (MIKH) (Hrsg.): Strukturwandel als Herausforderung, 1. Aufl., Vlotho 2003.

Möschel, W.: Regulierung und Deregulierung – Versuch einer theoretischen Grundlegung, in: Fuchs, A.; Schwintowski, H.-P.; Zimmer, D.: Wirtschafts- und Privatrecht im Spannungsfeld von Privatautonomie, Wettbewerb und Regulierung, Festschrift für Ulrich Immenga zum 70. Geburtstag, Verlag C. H. Beck, München 2004.

Moss Kanter, R.: Collaborative Advantage, in: Harvard Business Review, H. Juli/August, 1994, S. 96-108.

Mühlbacher, A.: Integrierte Versorgung: Management und Organisation – Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, 1. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle 2002.

Mühlbacher, A.: Die Organisation der „virtuellen“ Integration von Versorgungsleistungen durch Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung, in: Henke, K.-D.; Rich, R. F.; Stolte, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Nomos, Baden-Baden 2004.

Müller, J.; Hochreiter, R.: Stand und Entwicklungstendenzen der Konzentration in der Bundesrepublik Deutschland, Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen 1975.

Müller, J.; Vogelsang, I.: Staatliche Regulierung, 1. Aufl., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1979.

Musgrave, R.; Musgrave, P. B.; Kullmer, L.: Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, 1. Bd., 6., aktualisierte Aufl., J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1994.

Neges, R.: Personalentwicklungs- und Weiterbildungserfolg, Ueberreuter, Wien 1991.

Neubauer, G.: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Schattauer, Stuttgart 2004, S. 101-119.

Nieschlag, R.; Dichtl, E.; Hörschgen, H.: Marketing, 19. überarb. u. erg. Aufl., Duncker & Humblot, Berlin 2002.

Oberender, P. O.; Hacker, J.; Meder, G.: Krankenhauszentrierte Integrierte Versorgung, Krankenhausumschau, 70 (7), 2001, S. 254-257.

Oberender, P. O.; Hebborn, A.; Zerth, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit, Lucius & Lucius, Stuttgart 2002.

Ortmann, G.; Schnelle, W.: Medizinische Qualitätsnetze – Steuerung und Selbststeuerung, in: Sydow, J.; Windeler, A. (Hrsg.): Steuerung von Netzwerken, Westdeutscher Verlag, Opladen 2000, S. 206-233.

Ossen, P.: 2004 – Chancen und Probleme für Krankenhäuser, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 12, 2003, S. 973-976.

OstWestfalenLippe Marketing GmbH (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe – Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten, Bielefeld 2003.

OstWestfalenLippe Marketing GmbH (OWL Marketing) (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe – Leistungsprofile, 2004.

O’Sullivan, A.: Urban Economics, 3. Aufl., Mc Graw-Hill, Boston u. a. 1996.

Ott, R.: Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika, Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, Monographien: Neue Folge, Bd. 65, München 2003.

Picot, A.; Reichwald, R.; Wigand, R. T.: Die grenzenlose Unternehmung – Information, Organisation und Management, 4., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Wiesbaden 2001.

Porter, M. E.: Wettbewerbsstrategie – Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, Frankfurt New York 1990.

Porter, M. E.; Fuller, M. B.: Coalitions and Global Strategy, in: Porter, Michael E. (Hrsg.): Competition in Global Industries, Boston 1986, S. 315-343.

Pümpin, C.: Strategische Erfolgspositionen – Methodik der dynamischen strategischen Unternehmensführung, Bern Stuttgart 1992.

Rebscher, H.: Integrierte Versorgung – Alte Rhetorik oder neues ordnungspolitisches Konzept?, in: Arzt und Krankenhaus, Bd. 4, 77. Jg., 2004, S. 113-119.

Reimann, B. W.: Stichwort „Integration, funktionale“, in: Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R.; Rammstedt, O.; Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 3., völlig neu bearb. Und erw. Aufl., Opladen 1995, S. 304.

Reiß, W.: Mikroökonomische Theorie, 3. Aufl., Oldenbourg Verlag, München Wien 1996.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI) (Hrsg.): Steht das Ruhrgebiet vor einer demographischen Herausforderung?, in: Schriften und Materialien zur Regionalforschung, Bd. 7, Essen 2004.

Robert, M.: The Do's and Don'ts of Strategic Alliances, in: The Journal of Business Strategy, H. March-April, 1992, S. 50-53.

Robra, B.-P.; Swart, E.; Felder, S.: Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor, in: Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Krankenhaus im Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart 2003, S. 43-54.

Roeder, N.; Hensen, P.; Fiori, W.; Bunzemeier, H.; Loskamp, N.: DRGs, Wettbewerb und Strategie, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 9, 2004, S. 703-711.

Roeder, N.; Rochell, B.: G-DRG-System – Anpassungsnotwendigkeiten aus medizinischer Sicht, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Schattauer, Stuttgart 2004, S. 69-100.

Rosenbrock, R.: Voraussetzungen, Chancen und Risiken für integrierte Versorgungsformen, in: Forum der AOK – die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.): Innovationen für Gesundheit, Frankfurt a. M. 1999.

Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, in: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Juventa, Weinheim, München 2000, S. 187-216.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht, Nomos, Baden-Baden 1994.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten, Nomos, Baden-Baden 1995.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Nomos, Baden-Baden 1996.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Bd. 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Gutachten, Medien- und Kommunikations GmbH, Berlin 2001.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität – Qualität und Versorgungsstrukturen, Gutachten, Bd. 2, Langfassung, Nomos, Baden-Baden 2003.

Schaeffer, D.: Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, in: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus, Juventa, Weinheim 1993, S. 270-291.

Schaller, J.: Die staatliche Regulierung des Marktes für Arztleistungen – Untersuchungen zur Entstehung und Auswirkung der Zulassungsbeschränkungen bei niedergelassenen Ärzten mit Hilfe von Theorien der Regulierung, Hartung-Gorre Verlag, Konstanz 1988.

Schaude, G.: Kooperation, Joint Venture, Strategische Allianzen – Wie finde ich meinen Kooperationspartner, Informationsheft des Rationalisierungs-Kuratoriums der Deutschen Wirtschaft, Eschborn 1991.

Schmidt, K.: Pauschalvergütung muss keine Horrorvision sein, in: MMW-Fortschr. Med., 144. Jg., Bd. 3-4, 2002, S. 56.

Schubert, W.; Küting, K.: Unternehmenszusammenschlüsse, München 1981.

Schulenburg, J.-M. Graf von der; Greiner, W.: Gesundheitsökonomik, Mohr Siebeck, Tübingen 2000.

Selbmann, H.-K.: Managed Care: Ein Ansatz zur Verbesserung der Qualität der Krankenversorgung?, in: Arnold, M.; Lauterbach, K. W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care: Ursachen Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart, New York 1997, S. 253-258.

Selbmann, H.-K.: Der Qualitätsbericht ab 2005 – wozu und für wen?, in: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Das Krankenhaus, Bd. 9, 2004, S. 712-716.

Simon, H.: Schwächen bei der Umsetzung strategischer Wettbewerbsvorteile, in: Dichtl, E.; Gerke, W.; Kieser, A. (Hrsg.): Innovation und Wettbewerbsfähigkeit, Wiesbaden 1987, S. 367-379.

Späth, M.: Integrierte Versorgung: Die Rahmenvereinbarung steht, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 1997, H.36, 2000, S. 1951-1953.

Stadtfeld, F. (Hrsg.): Europäische Kurorte: Fakten und Perspektiven, FBV Medien-Verlag, Limburgerhof 1993.

Statistisches Bundesamt (StBA; Hrsg.): Gesundheitswesen, in: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: 1998, Fachserie 12, Reihe 6.1, Metzler-Poeschel, Stuttgart 2000.

Statistisches Bundesamt (StBA; Hrsg.): Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 1993 (WZ 93), Wiesbaden 2002.

Statistisches Bundesamt (StBA; Hrsg.): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Hauptbericht Stand 2002, Wiesbaden 2003.

Sydow, J.: Strategische Netzwerke, Gabler, Wiesbaden 1994.

Theilmann, M.: Der Weg zur Integration ambulanter Leistungen in das Krankenhaus ist frei – Medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V, in: f&w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Bd. 6, 20. Jg., 2003, S. 526-527.

Thom, N.: Betriebliches Vorschlagswesen – Ein Instrument der Betriebsführung, 3. erw. Aufl., Peter Lang, Bern 1991.

Tophoven, C. (Hrsg.); Bausch, J.: Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze, Dt. Ärzte-Verlag, Köln 2003.

Ullrich, C.: Organisation dauerhafter Kooperation – Möglichkeiten und Grenzen von Kooperation, Dissertation, DKV-Verlag, 2004.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): VDR Statistik Rehabilitation – Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1997, Bd. 127, Frankfurt a. M. 1998.

Voß, W. u. a. (Hrsg.): Taschenbuch der Statistik, Carl Hanser Verlag, München Wien 2000.

Voß, W.: Ganzheitliche Bewertung von Unternehmensnetzwerken – Konzeption eines Bewertungsmodells, Peter Lang, Frankfurt am Main 2002.

Waller, H.: Gesundheitswissenschaft, 3., überarb. u. erw. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2002.

Wasem, J.: Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung, in: Arnold, M.; Lauterbach, K. W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care – Ursachen Prinzipien, Formen und Effekte, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 31, Schattauer, Stuttgart, New York 1997, S. 75-91.

Wedel, P. Graf von: Das Bäderwesen in Ostwestfalen, in: Ostwestfälische Wirtschaft, Hrsg. Industrie- und Handelskammer Ostwestfalen zu Bielefeld, Bd. 6, Bielefeld 1987.
Weinmann, J.; Zifonun, N.: Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik Bd. 6, Wiesbaden 2003, S. 519-524.

Weise, P.; Brandes, W.; Eger, T.; Kraft, M.: Neue Mikroökonomie, 5. überarb. und erw. Aufl., Physica-Verlag, Heidelberg 2005.

Westebbe, P. W.: Ärzte im Netz – Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland, Hrsg.: Janssen-Cilag GmbH, Eigenverlag, Neuss 1999.

Wille, E.: Die Rolle neuer Versorgungsmodelle im Wettbewerb, in: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.): Innovationen für Gesundheit, Bad Hersfeld, 2000, S. 37-42.

Wille, E.: Die GKV zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Ausgabendynamik, in: Albring, M.; Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Peter Lang, Frankfurt a. M. 2003.

Wille, E.: Steigerung von Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens durch Integrierte Versorgung, in: Dienst für Gesellschaftspolitik (Hrsg.): Integrierte Versorgung: Konzepte und Wirklichkeit, Berlin 2004.

Wulf, Julia: Die Entwicklung der Bündler Ärzteinitiative „Medizin und Mehr“ zu einem Gesundheitsunternehmen, Masterarbeit an der Universität Paderborn, Paderborn 2004.

Verzeichnis der Internetquellen und sonstigen Quellen

Bezirksregierung Detmold: „Grußwort von Herrn Regierungspräsidenten Andreas Wiebe in Bad Lippspringe am 08.03.2003“, www.bezreg-detmold.nrw.de/AktuellesPresse/Reden/, Stand 31.03.2004.

Bundesärztekammer: Neufassung der §§ 27,28 der (Muster-) Berufsordnung durch den 105. Deutschen Ärztetag im Jahr 2002, www.bundesaerztekammer.de, Stand 01.01.2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbe-gesetz), Neufassung von 1994, www.bmgs.bund.de/download/gesetze/medizinprodukte/mpg/hwg.pdf, Stand 03.01.2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), „Sozialbudget Tabellenaus-zug 2002“: www.bmgs.bund.de/downloads/A230-2002.pdf, Stand 24.03.2004.
2004a

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): www.die-gesundheitsreform.de/glossar/chronikerprogramme.html, Stand 06.09.2004.
2004b

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Werbung für ein Krankenhaus, www.dkgev.de, Stand 01.01.2005.

Ernst & Young AG: Gesundheitsversorgung 2020, [www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Presse - Pressemitteilungen 2005 -
_Deutscher_Gesundheitsmarkt](http://www.ey.com/Global/content.nsf/Germany/Presse_-_Pressemitteilungen_2005_-_Deutscher_Gesundheitsmarkt), Stand 29.04.2005.

Gesundheitsreform 2004: www.gesundheitsreform-2004.de, Stand 23.03.2004.

Industrie- und Handelskammer (IHK) Lippe zu Detmold, www.detmold.ihk.de, Stand 31.03.2004.

Institut für Wirtschaftspublizistik (IWW): www.iww.de, Stand 19.02.2004.

Kluger, Robert: Medizin und Mehr – Entwicklungsdaten des Honorarmodells, vervielfältigtes Manuskript, Bünde 2004 a.

Kluger, Robert: Medizin und Mehr – Projektdesign Integrierte Versorgung, vervielfältigtes Manuskript, Bünde 2004 b.

Krankenkassenratgeber 2004: www.krankenkassenratgeber2004.de, Stand 23.03.2004.

Kurhaus Pivittskrug, www.kurhaus-pivittskrug.de, Stand 02.06.2004.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW), www.lds.nrw.de, Landesdatenbank, Stand 01.04.2004.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), Landes-Gesundheitsberichterstattung, www.loegd.nrw.de, Stand 31.03.2004.

Moorland Bad Senkelteich, www.bad-senkelteich.de, Stand 02.06.2004.

Neue Westfälische: „In Bielefeld entsteht ein neuer Diakonie-Riese – Bethel und Johanneswerk verschmelzen“, 16.01.2004.

Neue Westfälische: „Neue Groß-Klinik mit 1.700 Betten – Fusion zum Evangelischen Krankenhaus Bielefeld“, 18.06.2004.

NRW Bäder, <http://aktivprogramm.nrw-heilbaeder.de>, Stand 25.03.2004.

OECD: Health at a Glance – OECD Indicators 2003, Briefing note (Germany), www.oecd.org/dataoecd/15/30/16782333.pdf, Stand 23.06.2004.

OstWestfalenLippe Marketing GmbH, www.ostwestfalen-lippe.de, Stand 25.03.2004.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (Hrsg.) (2003): „Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland“, Bonn, www.kmk.org/dossier/dossier_2002/hintergrund_2002.pdf, Stand 30.03.2004.

Staatsbad Meinberg GmbH: „Wie aus dem Curort Meinberg das „BAD“ Meinberg wurde: Rückblick in die 100-jährige Geschichte des Bades“, Horn- Bad Meinberg, www.staatsbad-meinberg.de, Stand 01.04.2004.

Staatsbad Salzuflen GmbH, Bad Salzuflen, www.staatsbad-salzuflen.de, Stand 01.04.2004.

Statistisches Bundesamt (StBA), www.destatis.de, Stand 01.04.2004.

Teutoburger Wald Tourismus (TWT) e. V., Bielefeld, www.teutoburgerwald.de, Stand 01.04.2004.

Teutoburger Wald Tourismus (TWT) e. V., Bielefeld, www.teutowellness50plus.de, Stand 15.01.2005.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): www.vdr.de/statistik, Stand 08.03.2000.

Weserland-Klinik Bad Seebruch,
www.dr-nebel.de/Unsere_Kliniken/Bad_Seebruch/bad_seebruch.html,
Stand 02.06.2004.

Wiehengebirgsklinik Holsing, www.holsing.de, Stand 02.06.2004,
2004a.

Wiehengebirgsklinik Holsing, www.wiehengebirgsklinik.de, Stand 02.06.2004,
2004b.

Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG): www.zig-owl.de,
Stand 23.06.05.

Anhang

- 1 Anzahl der Krankenhäuser in OWL im Vergleich zu NRW 1992 – 2001 und Anzahl der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in OWL im Vergleich zu NRW 1992 - 2001
- 2 Rücklaufquoten
- 3 Überprüfung der Repräsentativität
- 4 Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen untergliedert nach der Trägerschaft
- 5 Fragebogen Gesundheitseinrichtungen
- 6 Fragebogen Gesundheitsunternehmen

Anhang 1

Anzahl der Krankenhäuser in OWL im Vergleich zu NRW 1992 – 2001

Jahr	Krankenhäuser in OWL			Krankenhäuser in NRW		
	allgemeine	sonstige	insgesamt	allgemeine	sonstige	insgesamt
1992	45	9	54	407	77	484
1993	46	8	54	408	73	481
1994	49	7	56	413	72	485
1995	49	7	56	411	72	483
1996	48	7	55	405	69	474
1997	46	7	53	398	70	468
1998	45	7	52	398	67	465
1999	45	6	51	397	64	461
2000	45	6	51	398	64	462
2001	44	6	50	397	65	462

Quelle: LDS NRW 2003c

Anzahl der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in OWL im Vergleich zu NRW 1992 – 2001

Jahr	OWL	NRW
1992	45	83 ¹
1993	46	90 ²
1994	62	129
1995	66	133
1996	66	143
1997	64	142
1998	57	136
1999	59	147
2000	55	146
2001	54	144

Quelle: LÖGD 2004

¹ Ohne Angabe des Regierungsbezirks Münster.

² Ohne Angabe des Regierungsbezirks Münster.

Anhang 2

Rücklaufquoten

	Anzahl der Befragten, die erreichbar waren	Beantwortung des Fragebogens mit Angabe des Namens	Anonyme Beantwortung des Fragebogens	Antworten insgesamt
Krankenhäuser insgesamt	45	14		
Reha-Einrichtungen insgesamt	89	27		
Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen insgesamt	134	41	4	45 (34 %)
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen	220	27		
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	43	5		
Stationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt	263	32	18	50 (19 %)
Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen insgesamt	397	73	22	95 (24 %)
 Zulieferer insgesamt	 160	 5	 4	 9 (6%)
Befragte insgesamt	557	78	26	104 (19 %)

Anhang 3

Überprüfung der Repräsentativität

Befragung der Pflegeeinrichtungen

In der folgenden Tabelle sind die Verteilungen der Häufigkeiten auf die untersuchten Größenklassen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen angegeben:

Größenklassen nach Bettenzahl	Relative Häufigkeiten	
	befragte Pflegeeinrichtungen	Grundgesamtheit in OWL
bis 50	32,6 %	31,3 %
51-100	43,5 %	41,3 %
101-200	23,9 %	27,4 %
insgesamt	100,0 %	100,0 %

Quellen: eigene Erhebung, Datenbasis: 46 der 50 befragten Pflegeeinrichtungen; Datenbank der DAK, Datenbasis: 263 Pflegeeinrichtungen in OWL

Bei Durchführung des Chi-Quadrat-Tests mit SPSS ergeben sich folgende Werte:

Betten-/Platzzahlen	beobachtetes n	erwartete Anzahl	Residuum
bis 50	15	14,4	0,6
51-100	20	19,0	1,0
101-200	11	12,6	-1,6
Gesamt	46		

Statistik für den Test:

Chi-Quadrat	0,282
df (Freiheitsgrade)	2
Asymptotische Signifikanz	0,868

Befragung der Rehabilitationseinrichtungen

In der folgenden Tabelle sind die Verteilungen der Häufigkeiten auf die untersuchten Größenklassen der Rehabilitationseinrichtungen angegeben:

Größenklassen nach Bettenzahl	Relative Häufigkeiten	
	befragte Reha-Einrichtungen	Grundgesamtheit in OWL
bis 100	37,50 %	35,19 %
101-200	33,33 %	31,48 %
über 200	29,17 %	33,33 %
insgesamt	100,00 %	100,00 %

Quellen: eigene Erhebung, Datenbasis: 24 der 27 befragten Rehabilitationseinrichtungen entsprechend dem „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland“ vom StBA, Stand 31.12.2000, Datenbasis: 54 Rehabilitationseinrichtungen in OWL.

Bei Durchführung des Chi-Quadrat-Tests mit SPSS ergeben sich folgende Werte:

Bettenzahlen	beobachtetes n	erwartete Anzahl	Residuum
bis 100	9	8,4	0,6
101-200	8	7,6	0,4
über 200	7	8,0	-1,0
insgesamt	24		

Statistik für den Test:

Chi-Quadrat	0,187
df (Freiheitsgrade)	2
Asymptotische Signifikanz	0,911

Befragung der Krankenhäuser

In der folgenden Tabelle sind die Verteilungen der Häufigkeiten auf die untersuchten Größenklassen der Krankenhäuser angegeben:

Größenklassen nach Bettenzahl	Relative Häufigkeiten	
	befragte Krankenhäuser	Grundgesamtheit in OWL
bis 200	28,57 %	33,33 %
201-800	64,29 %	60,00 %
über 800	7,14 %	6,67 %
insgesamt	100,00 %	100,00 %

Quellen: eigene Erhebung, Datenbasis: 14 befragte Krankenhäuser, Krankenhausdatenbank des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Stand 2002, Datenbasis: 45 allgemeine Krankenhäuser in OWL

Bei Durchführung des Chi-Quadrat-Tests mit SPSS ergeben sich folgende Werte:

Bettenzahlen	beobachtetes n	erwartete Anzahl	Residuum
bis 200	4	4,7	-0,7
201-800	9	8,4	0,6
über 800	1	0,9	0,1
insgesamt	14		

Statistik für den Test:

Chi-Quadrat	0,143
df (Freiheitsgrade)	2
Asymptotische Signifikanz	0,931

Zweiseitiger Anteilswerte-Test

	Befragte Krankenhäuser		Krankenhäuser in OWL	
Bettenzahlen	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
bis 200	4	28,57 %	15	33,33 %
über 200	10	71,43 %	30	66,67 %
insgesamt	14	100,00 %	45	100,00 %

Die Voraussetzung $n \cdot \pi_0 \cdot (1 - \pi_0) \geq 9$ ist erfüllt: $45 \cdot 0,33 \cdot (1 - 0,33) = 9,95$

Damit ist die Prüfgröße annähernd normalverteilt.

Nullhypothese: Der Anteil der befragten Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten stimmt mit dem entsprechenden Anteil der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit überein.

Hypothesen: $H_0 : \pi = \pi_0 = 0,3333$ $H_1 : \pi \neq \pi_0 = 0,3333$

$$\text{Prüfgröße: } T = \frac{P - \pi_0}{\sqrt{\frac{\pi_0 \cdot (1 - \pi_0)}{n}}} = \frac{0,2857 - 0,3333}{\sqrt{\frac{0,3333 \cdot (1 - 0,3333)}{45}}} = -0,0214$$

Das Signifikanzniveau α soll 0,05 betragen.

Kritische Grenzen: $-t_\alpha = -1,96$ und $t_\alpha = 1,96$

Testentscheidung: $-t_\alpha = -1,96 < T = -0,0214 < t_\alpha = 1,96$

H_0 wird beibehalten.

Das Testergebnis spricht signifikant dafür, dass die Anteile der befragten Krankenhäuser und der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit mit bis zu 200 Betten übereinstimmen.

Anhang 4**Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen untergliedert nach der Trägerschaft**

Mittelwerte auf einer Skala von 1 (intensive Kooperation) bis 6 (keine Kooperation)

Träger	Kooperationen mit stationären Einrichtungen bei...		
	Erstellung von Dienstleistungen	Aus- und Weiterbildung	F & E
kirchlich	3,1	2,7	3,1
öffentlich-rechtlich	1,8	3,6	3,7
privat	3,3	4,0	4,6
	Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen bei...		
	Erstellung von Dienstleistungen	Aus- und Weiterbildung	F & E
kirchlich	3,7	3,6	3,9
öffentlich-rechtlich	2,2	4,3	4,0
privat	4,1	5,1	5,0
	Kooperationen mit Instituten der Technologieentwicklung/ des Technologietransfers bei...		
	Erstellung von Dienstleistungen	Aus- und Weiterbildung	F & E
kirchlich	5,0	4,5	4,6
öffentlich-rechtlich	3,9	3,7	3,6
privat	5,0	5,2	5,2
	Kooperationen mit staatlichen Institutionen/ Wirtschaftsförderungsorganisationen bei...		
	Erstellung von Dienstleistungen	Aus- und Weiterbildung	F & E
kirchlich	4,5	4,1	4,5
öffentlich-rechtlich	4,8	4,9	4,6
privat	4,9	4,6	5,1



UNIVERSITÄT PADERBORN
Die Universität der Informationsgesellschaft

**Netzwerkbeziehungen
in der Gesundheitswirtschaft
der Region
Ostwestfalen-Lippe**

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften

Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Regionalökonomie,
Konzentration und Wettbewerb,
Ressourcenökonomie

1.5 Bitte markieren Sie die gegenwärtige Umsatzgrößenklasse Ihrer Einrichtung in OWL.

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| a) bis zu 500.000 Euro | e) über 10 bis 50 Mio. Euro |
| b) über 500.000 Euro bis 1 Mio. Euro | f) über 50 bis 100 Mio. Euro |
| c) über 1 Mio. Euro bis 5 Mio. Euro | g) über 100 bis 150 Mio. Euro |
| d) über 5 Mio. Euro bis 10 Mio. Euro | h) über 150 Mio. Euro |

1.6 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent Ihrer Patienten gegenwärtig aus den angegebenen Gebietseinheiten stammen und kreuzen Sie an, ob der prozentuale Anteil der Patienten in den letzten und nächsten 2 Jahren steigend, gleichbleibend oder abnehmend ist. (*Beispiel: 5 % der Patienten aus Deutschland (außer OWL), Tendenz in den letzten 2 Jahren steigend, in den nächsten 2 Jahren gleichbleibend.*)
Schätzungen genügen!

Patienten aus....	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dem Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:				
	steigend	gleichbleibend	abnehmend	
a) Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) dem Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls Ihre Einrichtung überregional Patienten versorgt (sonst bitte weiter mit Fragenteil 2):

1.7 Bietet Ihre Einrichtung besondere Leistungen an, die überregional attraktiv sind?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

2. Fragen zu den Einkaufsbeziehungen Ihrer Einrichtung in Ostwestfalen-Lippe

2.1 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von **Gebrauchsgütern** (*Geräte, Einrichtungsgegenstände, etc.*) Ihre Einrichtung gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigt (gesamte Einkäufe von Gebrauchsgütern = 100 %) Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an (Beispiel: 30 % der Einkäufe von Gebrauchsgütern in OWL, Tendenz in den letzten 2 Jahren gleichbleibend, in den nächsten 2 Jahren zunehmend.) **Schätzungen genügen!**

Einkauf von Gebrauchsgütern	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

	steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von **Verbrauchsgütern** (*Lebensmittel, Medikamente, etc.*) Ihre Einrichtung gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigt (gesamte Einkäufe von Verbrauchsgütern = 100 %). Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an. **Schätzungen genügen!**

Einkauf von Verbrauchsgütern	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

	steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von *Dienstleistungen* Ihre Einrichtung gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigt (gesamte Einkäufe von Dienstleistungen = 100 %). Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an. *Schätzungen genügen!*

Einkauf von Dienstleistungen	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

	steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Im Folgenden führen wir einige *Gründe* an, die vermutlich beim *Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen* für Ihre Einrichtung von Bedeutung sind. Uns interessiert, welche Rolle die genannten Gründe für Ihren Einkauf *in der Region OWL* im Unterschied zum Einkauf in den anderen Gebietseinheiten spielen.

Wenn ein Grund keinerlei Bedeutung für Ihre Einrichtung hat, kreuzen Sie bitte auf der jeweils zugehörigen Skala die Sechs an.

Gründe für den Einkauf in OWL

Dieser Grund wurde für unsere Einrichtung in den letzten 2 Jahren tendenziell ...

	wichtiger «—» unwichtiger					
	1	2	3	4	5	6
a) Schnelligkeit der Lieferung von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Preisgünstige Güter und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Innovative, qualitativ hochwertige Güter und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Anbietern von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit Anbietern von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zu Kooperationen (zur Zusammenarbeit) Ihrer Einrichtung in OWL

Achtung: Hier wird nicht nach Kooperationen mit Zulieferern bzw. Dienstleistern gefragt, die unter Punkt 2 Thema waren.

3.1 Kooperiert Ihre Einrichtung gegenwärtig in den nachstehend angeführten Bereichen a) bis c) mit

- (1) stationären Einrichtungen,
- (2) ambulanten Einrichtungen,
- (3) Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers (im Folgenden kurz "Technologie" genannt) sowie
- (4) staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen (im Folgenden kurz "Staat" genannt)

aus Ostwestfalen-Lippe?

(z. B. zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen, zum gemeinsamen Einkauf etc.)

Bitte kreuzen Sie auf einer Skala von "intensive Kooperation bis keine Kooperation" an, welche Intensität die Kooperationsbeziehungen in den jeweiligen Bereichen gegenwärtig haben. Geben Sie darüber hinaus bitte die Tendenz in den letzten und nächsten 2 Jahren an. **Schätzungen genügen!**

a) Erstellung von Dienstleistungen (Zusammenlegung von Abteilungen, Einkaufszusammenschlüsse etc.)

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:		
	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Aus- und Weiterbildung

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Forschung und Entwicklung (z. B. Prozessoptimierung)

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Gibt es ein Netzwerk (eine Kooperation), in dem Ihre Einrichtung sich in besonderem Maße engagiert?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, in welchem Bereich? (Bitte erläutern Sie kurz.)

.....

3.3 Wenn Kooperationen in OWL bisher nicht entstanden sind bzw. sich nicht in gewünschter Weise entwickelt haben, dann kreuzen Sie bitte die Gründe dafür an.

Gründe	wichtiger «—» unwichtiger					
	1	2	3	4	5	6
a) In OWL sind keine geeigneten Kooperationspartner ansässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Geeignete Kooperationspartner in OWL sind nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kooperationen trugen/tragen nicht dazu bei, die Versorgung der Patienten zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kooperationen trugen/tragen nicht dazu bei, die wirtschaftliche Situation zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Das wirtschaftliche Risiko, das mit Kooperationen einhergeht, ist zu hoch (z. B. aufgrund von möglichem Know-how-Verlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kooperationen kamen aufgrund unterschiedlicher Träger der Einrichtungen nicht zustande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kooperationen kamen aus organisatorischen Gründen nicht zustande (z. B. weil Vertragsbedingungen nicht akzeptiert werden konnten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sonstige Gründe (bitte in Stichworten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 Pflegt Ihre Einrichtung in einem oder mehreren der genannten Funktionsbereiche *nennenswerte Kooperationen außerhalb von OWL*? (Bitte kreuzen Sie an.)

<input type="checkbox"/> Einkauf von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung
<input type="checkbox"/> Erstellung von Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> Forschung und Entwicklung

Herzlichen Dank für Ihre Mühe und die Beantwortung!

Haben Sie Fragen oder Anregungen zur vorliegenden Untersuchung?

Als persönliche Ansprechpartnerin steht Ihnen

Dipl.-Kauffrau Britta Gohs jederzeit zur Verfügung

(Tel.: 05251/60-2080; E-Mail: bgohs@notes.uni-paderborn.de)



UNIVERSITÄT PADERBORN
Die Universität der Informationsgesellschaft

**Netzwerkbeziehungen
in der Gesundheitswirtschaft
der Region
Ostwestfalen-Lippe**

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften

Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Regionalökonomie,
Konzentration und Wettbewerb,
Ressourcenökonomie

1.3 Bitte markieren Sie die gegenwärtige Umsatzgrößenklasse Ihres Unternehmens/ Ihrer Unternehmensgruppe in OWL.

- | | |
|--|-----------------------------|
| a) bis 250.000 Euro | e) über 5 bis 10 Mio. Euro |
| b) über 250.000 bis 500.000 Euro | f) über 10 bis 25 Mio. Euro |
| c) über 500.000 Euro bis 2,5 Mio. Euro | g) über 25 bis 50 Mio. Euro |
| d) über 2,5 bis 5 Mio. Euro | h) über 50 Mio. Euro |

2. Fragen zu den Einkaufsbeziehungen Ihres Unternehmens/ Ihrer Unternehmensgruppe in Ostwestfalen-Lippe

2.1 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von **Gebrauchsgütern** (v. a. **Maschinen, Werkzeuge**) Sie gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigen (gesamte Einkäufe von Gebrauchsgütern = 100 %) Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an (Beispiel: 30 % der Einkäufe von Gebrauchsgütern in OWL, Tendenz in den letzten 2 Jahren gleichbleibend, in den nächsten 2 Jahren zunehmend.) **Schätzungen genügen!**

Einkauf von Gebrauchsgütern	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:				
	steigend	gleichbleibend	abnehmend	
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von *Verbrauchsgütern* (v. a. *Rohstoffe, Zwischenprodukte*) Sie gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigen (gesamte Einkäufe von Maschinen = 100 %). Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an. *Schätzungen genügen!*

Einkauf von Verbrauchsgütern	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:		
	steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der Einkäufe von *Dienstleistungen* Sie gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigen (gesamte Einkäufe von Dienstleistungen = 100 %). Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an. *Schätzungen genügen!*

Einkauf von Dienstleistungen	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:		
	steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Im Folgenden führen wir einige **Gründe** an, die vermutlich beim **Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen** für Ihr Unternehmen/ Ihre Unternehmensgruppe von Bedeutung sind. Uns interessiert, welche Rolle die genannten Gründe für Ihren Einkauf **in der Region OWL** im Unterschied zum Einkauf in den anderen Gebietseinheiten spielen.

Wenn ein Grund keinerlei Bedeutung für Ihr Unternehmen/ Ihre Unternehmensgruppe hat, kreuzen Sie bitte auf der jeweils zugehörigen Skala die Sechs an.

Gründe für den Einkauf in OWL

Dieser Grund wurde für uns in den letzten 2 Jahren tendenziell ...

	wichtiger «—» unwichtiger					
	1	2	3	4	5	6
a) Schnelligkeit der Lieferung von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Preisgünstige Güter und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Innovative, qualitativ hochwertige Güter und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Anbietern von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit Anbietern von Gütern und Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zu den Abnehmerbeziehungen Ihres Unternehmens/ Ihrer Unternehmensgruppe in OWL

Im Folgenden fragen wir nach Ihren Beziehungen zu Abnehmern der Gesundheitswirtschaft (ambulante und stationäre Einrichtungen).

3.1 Wie viel Prozent Ihrer Produkte werden für Abnehmer der Gesundheitswirtschaft hergestellt? %

3.2 Um welches Produkt/welche Produkte handelt es sich dabei im Wesentlichen?

.....

3.3 Bieten Sie Ihren Abnehmern auch Dienstleistungen (z. B. Beratung zur Prozessoptimierung) an?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

3.4 Bitte schätzen Sie, wie viel Prozent der **Verkäufe von Produkten an Abnehmer der Gesundheitswirtschaft** Sie gegenwärtig in den angegebenen Gebietseinheiten tätigen (gesamte Verkäufe an Abnehmer der Gesundheitswirtschaft = 100 %) Geben Sie bitte darüber hinaus die Tendenz der letzten und nächsten 2 Jahre an (Beispiel: 30 % der Verkäufe in OWL, Tendenz in den letzten 2 Jahren gleichbleibend, in den nächsten 2 Jahren zunehmend.)
Schätzungen genügen!

Verkauf von Produkten	Prozent zur Zeit	Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL) %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:				
		steigend	gleichbleibend	abnehmend
a) in Ostwestfalen-Lippe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) in Deutschland (außer OWL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) im Ausland		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Fragen zu Kooperationen (zur Zusammenarbeit) Ihres Unternehmens/ Ihrer Unternehmensgruppe in OWL

Achtung: Hier wird nicht nach Kooperationen mit Zulieferern und Dienstleistern gefragt, die unter Punkt 2 Thema waren.

4.1 Kooperiert Ihr Unternehmen/ Ihre Unternehmensgruppe gegenwärtig in den nachstehend angeführten Bereichen a) bis d) mit

- (1) anderen Unternehmen/ Unternehmensgruppen (im Folgenden kurz „Unternehmen“ genannt),
- (2) stationären Einrichtungen,
- (3) ambulanten Einrichtungen,
- (4) Institutionen/Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers (im Folgenden kurz "Technologie" genannt) sowie
- (5) staatlichen Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen (im Folgenden kurz "Staat" genannt)

aus Ostwestfalen-Lippe?

Bitte kreuzen Sie auf einer Skala von "intensive Kooperation bis keine Kooperation" an, welche Intensität die Kooperationsbeziehungen in den jeweiligen Bereichen gegenwärtig haben. Geben Sie darüber hinaus bitte die Tendenz in den letzten und nächsten 2 Jahren an. **Schätzungen genügen!**

a) Forschung und Entwicklung (z. B. Produktinnovation, Prozessoptimierung)

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

							Tendenz in den nächsten 2 Jahren ist voraussichtlich:		
							steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) stationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) ambulanten Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Aus- und Weiterbildung

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

							steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

c) Produktion

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

							steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Vertrieb

	intensive Kooperation «—» keine Kooperation						Tendenz in den letzten 2 Jahren war:		
mit...	1	2	3	4	5	6	steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tendenz in den **nächsten 2 Jahren** ist voraussichtlich:

							steigend	gleichbleibend	abnehmend
(1) Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Technologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) dem Staat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 Gibt es ein Netzwerk (eine Kooperation), in dem Ihr Unternehmen/ Ihre Unternehmensgruppe sich in besonderem Maße engagiert?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, in welchem Bereich? (Bitte erläutern Sie kurz.)

.....

4.3 Wenn **Kooperationen in OWL** bisher nicht entstanden sind bzw. sich nicht in gewünschter Weise entwickelt haben, dann kreuzen Sie bitte die Gründe dafür an.

Gründe	wichtiger «—» unwichtiger					
	1	2	3	4	5	6
a) In OWL sind keine geeigneten Kooperationspartner ansässig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Geeignete Kooperationspartner in OWL sind nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kooperationen trugen/tragen nicht dazu bei, die Versorgung der Patienten zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kooperationen trugen/tragen nicht dazu bei, die wirtschaftliche Situation zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Das wirtschaftliche Risiko, das mit Kooperationen einhergeht, ist zu hoch (z. B. aufgrund von möglichem Know-how-Verlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kooperationen kamen aus organisatorischen Gründen nicht zustande (z. B. weil Vertragsbedingungen nicht akzeptiert werden konnten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sonstige Gründe (bitte in Stichworten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 Pflegt Ihr Unternehmen/ Ihre Unternehmensgruppe in einem oder mehreren der genannten Bereiche **nennenswerte Kooperationen außerhalb von OWL**? (Bitte kreuzen Sie an.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einkauf von Gütern und Dienstleistungen | <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung |
| <input type="checkbox"/> Produktion | <input type="checkbox"/> Forschung und Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Vertrieb | |

Herzlichen Dank für Ihre Mühe und die Beantwortung!

Haben Sie Fragen oder Anregungen zur vorliegenden Untersuchung?

Als persönliche Ansprechpartnerin steht Ihnen

Dipl.-Kauffrau Britta Gohs jederzeit zur Verfügung

(Tel.: 05251/60-2080; E-Mail: bgohs@notes.uni-paderborn.de)