

Liepmann, Peter; Bonkamp, Oliver; Gohs, Britta Martina

Book

Kooperationen und Netzwerke in ausgewählten Branchen der Region Ostwestfalen-Lippe

edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 176

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Liepmann, Peter; Bonkamp, Oliver; Gohs, Britta Martina (2006) : Kooperationen und Netzwerke in ausgewählten Branchen der Region Ostwestfalen-Lippe, edition der Hans-Böckler-Stiftung, No. 176, ISBN 978-3-86593-055-2, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116422>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

*Peter Liepmann
Oliver Bonkamp
Britta Martina Gohs*

Kooperationen und Netzwerke in ausgewählten Branchen der Region Ostwestfalen-Lippe

edition der
Hans **Böckler**
Stiftung ■■

Peter Liepmann

Oliver Bonkamp

Britta Martina Gohs

Kooperationen und
Netzwerke
in ausgewählten
Branchen der Region
Ostwestfalen-Lippe

edition der Hans-Böckler-Stiftung 176

Peter Liepmann, geb. 12.09.1940, Dr. rer. pol., Professor für Volkswirtschaftslehre, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Paderborn, Arbeitsschwerpunkte: Wettbewerbspolitik, Regional- und Ressourcenökonomie.

Oliver Bonkamp, geb. 14.03.1974, Dr. rer. pol., Arbeitsschwerpunkte: Wirtschaftsförderung, Immobilien- und Netzwerkmanagement im Kompetenzzentrum Bio-Security in Bönen.

Britta Martina Gohs, geb. 15.06.1975, Dr. rer. pol., Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Paderborn, Arbeitsschwerpunkte: Berufsausbildung, Gesundheitswirtschaft, Marketing und Statistik.

© Copyright 2006 by Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Buchgestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Printed in Germany 2006

ISBN 3-86593-055-7

Bestellnummer: 13176

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die des öffentlichen Vortrages, der Rundfunksendung, der Fernsehausstrahlung, der fotomechanischen Wiedergabe, auch einzelner Teile.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS | 8 |
| TABELLENVERZEICHNIS | 11 |
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS | 12 |
| VORBEMERKUNG | 15 |
| | |
| TEIL A: EINFÜHRUNG UND THEORETISCHE GRUNDLAGEN ZU KOOPERATIONEN UND NETZWERKEN | 17 |
| | |
| 1 EINFÜHRUNG | 19 |
| | |
| 2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN | 21 |
| 2.1 Arbeitsdefinitionen | 21 |
| 2.2 Wirtschaftlichkeitspotenziale | 22 |
| 2.3 Hypothesen | 28 |
| | |
| TEIL B: KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER MÖBEL- INDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE | 33 |
| | |
| 3 UNTERSUCHUNGSREGION, CHARAKTERISIERUNG DER MÖBELINDUSTRIE UND ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNGEN | 35 |
| 3.1 Die Untersuchungsregion Ostwestfalen-Lippe | 35 |
| 3.1.1 Aus- und Weiterbildung | 35 |
| 3.1.2 Wirtschaftsstruktur | 36 |
| 3.1.3 Beschäftigte | 37 |
| 3.2 Charakterisierung der Möbelindustrie | 38 |
| 3.2.1 Entwicklung der Möbelindustrie | 38 |
| 3.2.2 Stärken und Risiken der Möbelindustrie und Einschätzung der Standortattraktivität | 48 |
| 3.3 Interpretation der Entwicklungstendenzen in der Möbelindustrie der Region Ostwestfalen-Lippe | 52 |
| 3.4 Empirische Untersuchung der Kooperationen und Netzwerke in der Möbelindustrie der Region Ostwestfalen-Lippe | 56 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.4.1 | Methodisches Vorgehen | 56 |
| 3.4.1.1 | Klassifizierung der Grundgesamtheit | 56 |
| 3.4.1.2 | Erhebungsmethodik und Rücklauf | 58 |
| 3.4.1.3 | Repräsentativität | 58 |
| 3.4.2 | Ergebnisse der Befragung | 59 |
| 3.4.2.1 | Allgemeine Angaben zur Möbelindustrie in OWL und NRW | 59 |
| 3.4.2.2 | Einkaufsbeziehungen | 66 |
| 3.4.2.2.1 | Entwicklungstendenzen im Einkaufsverhalten | 68 |
| 3.4.2.2.2 | Gründe für den Einkauf von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe | 78 |
| 3.4.2.2.3 | Veränderung der Bedeutung des Einkaufs von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe | 84 |
| 3.4.2.3 | Kooperationshäufigkeit in den einzelnen Funktionsbereichen | 86 |
| 3.4.2.3.1 | Gegenwärtige Kooperationshäufigkeit | 86 |
| 3.4.2.3.2 | Kooperationshemmnisse | 87 |
| 3.4.2.3.3 | Einschätzung der Entwicklung von Kooperationen in den Funktionsbereichen | 92 |
| 3.5 | Fallbeispiele für erfolgreiche Kooperationen und Netzwerke in der Möbelindustrie der Region Ostwestfalen-Lippe | 101 |
| 3.5.1 | EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH | 101 |
| 3.5.2 | SOLI-Consulting | 104 |
| 3.5.3 | MACH 2 Weiterbildung | 107 |
| 3.5.4 | ZiMit-Zukunftsinitiative Möbelindustrie NRW | 110 |
| 3.6 | Zwischenfazit: Struktur der Absatz- und Beschaffungsmärkte der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie sowie Entwicklung von Anbieter- und Nachfragemacht durch Kooperationen | 115 |

4 KOOPERATIONSEHMNISSE, KOOPERATIONS-MODELLE, KOOPERATIONSENTWICKLUNG – HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE MÖBEL-INDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE 121

| | | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1 | Entwicklung von Kooperationen aufgrund eines veränderten Unternehmensumfeldes | 122 |
| 4.1.1 | Strategische Planung | 122 |
| 4.1.2 | Implikationen von Kooperationen | 127 |
| 4.1.3 | Änderung der Produktionsformen | 129 |
| 4.1.3.1 | Die mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion | 130 |

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1.3.2 | Die flexible Spezialisierung | 134 |
| 4.2 | Coopetition – Ein Ansatz zur Unterstützung der Strategiebildung ostwestfälisch-lippischer Möbelhersteller | 140 |
| 4.2.1 | Wertenetz eines repräsentativen Möbelherstellers | 143 |
| 4.2.2 | Spiele verwandeln – strategisch handeln | 146 |
| 4.2.3 | Coopetition in der Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes | 150 |
| 4.3 | Spieltheorie, Ökonomie und strategisches Verhalten in Kooperationen | 151 |
| 4.3.1 | Gefangenendilemma nach Axelrod | 151 |
| 4.3.2 | Erfolgreiches Verhalten in Kooperationen | 154 |
| 4.3.3 | Kooperationsfördernde Maßnahmen | 156 |
| 4.3.4 | Diskussion | 158 |
| 4.4 | Maßnahmen zur Förderung von Kooperationen und Netzwerken am Beispiel der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie | 161 |
| 4.4.1 | Entwicklung gemeinsamer Zukunftsperspektiven | 161 |
| 4.4.2 | Identifizierung regionaler Handlungsbedarfe und Initiierung von Kooperationen und Netzwerken | 163 |
| 4.4.3 | Institutionalisierung des Wissenstransfers sowie der Koordination von Initiativen und Projekten | 164 |
| 4.4.4 | Prozess der Netzwerkbildung | 166 |
| 5 | ZUSAMMENFASSUNG | 169 |
| | TEIL C: KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE | 175 |
| 6 | VORBEMERKUNG | 177 |
| 7 | BESONDERHEITEN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT | 179 |
| 7.1 | Abgrenzungen | 179 |
| 7.2 | Eigenschaften von Gesundheitsgütern als Begründung für Marktversagen | 180 |
| 7.3 | Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung | 181 |
| 7.4 | Marktversagen und mangelnde Gerechtigkeit als Begründungen für staatliche Regulierung und Kooperationen | 181 |

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 7.5 | Veränderungen in der deutschen Gesundheitswirtschaft seit 1990 und ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung | 192 |
| 7.6 | Zwischenfazit | 196 |
| 8 | VERÄNDERTE GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN ZUR FÖRDERUNG EINER INTEGRIERTEN GESUND- HEITSVERSORGUNG | 199 |
| 8.1 | Forderungen nach einer Integration der Gesundheitsversorgung | 199 |
| 8.2 | Die Einführung einer integrierten Versorgung vor dem Jahr 2000 | 199 |
| 8.3 | Das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom Jahr 2000 zur Integration der ambulanten und stationären Versorgung | 200 |
| 8.3.1 | Die Zielsetzung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes | 200 |
| 8.3.2 | Das Konzept der integrierten Versorgung | 201 |
| 8.3.3 | Gesetzliche Vorgaben zur integrierten Versorgung vom Jahr 2000 | 203 |
| 8.3.4 | Verwirklichung des Konzeptes der integrierten Versorgung im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom Jahr 2000 | 204 |
| 8.4 | Das GKV-Modernisierungs-Gesetz vom Jahr 2004 zur Erweiterung der integrierten Versorgung | 204 |
| 8.5 | Zwischenfazit | 206 |
| 9 | CHARAKTERISIERUNG DER GESUNDHEITSREGION OSTWESTFALEN-LIPPE | 209 |
| 9.1 | Demografische Entwicklung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen | 209 |
| 9.2 | Aus- und Weiterbildung | 210 |
| 9.3 | Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft | 211 |
| 9.4 | Beschäftigte | 214 |
| 9.5 | Umsätze | 215 |
| 9.6 | Versorgungsdichte | 216 |
| 9.7 | Zwischenfazit | 218 |
| 10 | EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG DER KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER GESUNDHEITSWIRT- SCHAFT DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE | 221 |
| 10.1 | Erhebungsmethodik und Abgrenzung der Grundgesamtheit | 221 |
| 10.2 | Aufbau der Fragebögen und der Interviewleitfäden | 223 |
| 10.3 | Ergebnisse der Befragung | 224 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 10.3.1 | Rücklaufquoten und Repräsentativität | 224 |
| 10.3.2 | Allgemeine Angaben der befragten Gesundheitseinrichtungen | 226 |
| 10.3.3 | Beschaffungskooperationen | 235 |
| 10.3.3.1 | Vertikale Beschaffungskooperationen | 235 |
| 10.3.3.2 | Horizontale Beschaffungskooperationen | 243 |
| 10.3.4 | Kooperationen in den einzelnen Funktionsbereichen | 243 |
| 10.3.4.1 | Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen | 245 |
| 10.3.4.2 | Kooperationen zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung | 251 |
| 10.3.4.3 | Kooperationen zur gemeinsamen Aus- und Weiterbildung | 254 |
| 10.3.4.4 | Intensive Kooperationen in der Region Ostwestfalen-Lippe | 256 |
| 10.3.4.5 | Intensive Kooperationen außerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe | 258 |
| 10.4 | Zwischenfazit | 259 |
| 11 | POTENZIALE FÜR KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE | 261 |
| 11.1 | Gründe für Handlungsbedarf in der Region Ostwestfalen-Lippe | 261 |
| 11.2 | Handlungsempfehlungen für die Region Ostwestfalen-Lippe | 264 |
| 11.3 | Voraussetzungen für Kooperationen und Netzwerke von Gesundheitseinrichtungen | 273 |
| 11.4 | Fallbeispiele für erfolgreiche Kooperationen und Netzwerke in der Region Ostwestfalen-Lippe | 279 |
| 11.4.1 | Gemeinsame Versorgung durch ambulante Einrichtungen – Die Ärzteinitiative »Medizin und Mehr« | 279 |
| 11.4.2 | Kooperationen aufgrund neuer Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung – Die Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen | 286 |
| 11.4.3 | Horizontale Kooperationen von Rehabilitationseinrichtungen – Die »Bauernbäder am Teutoburger Wald« | 288 |
| 12 | ZUSAMMENFASSUNG | 299 |
| 13 | SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN | 305 |
| | LITERATURVERZEICHNIS | 311 |
| | SELBSTDARSTELLUNG DER HANS-BÖCKLER-STIFTUNG | 329 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | | |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: | Besonderheiten der Region OWL: Beschäftigte nach beschäftigungsstarken Wirtschaftszweigen (Buchstaben bezeichnen die Abschnitte der WZ 93) | 37 |
| Abbildung 2: | Veränderung der Beschäftigtenzahlen in NRW und OWL in der Möbelindustrie (MI) und im verarbeitenden Gewerbe (VG) in OWL von 1995 bis 2002 | 39 |
| Abbildung 3: | Veränderung der Anzahl der Unternehmen in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie von 1995 bis 2002 | 40 |
| Abbildung 4: | Die Marktanteile (Möbelumsätze in Deutschland) der fünf größten Möbeleinkaufsverbände im Vergleich (2003) | 41 |
| Abbildung 5: | Arbeitsproduktivität (Umsatz pro Beschäftigten) von 1995 bis 2002 | 43 |
| Abbildung 6: | Veränderungen der Möbelexporte in den größten Möbelexportländern von 1995 bis 2001 | 45 |
| Abbildung 7: | Veränderungen der Möbelimporte in den größten Möbelimportländern zwischen 1995 bis 2001 | 46 |
| Abbildung 8: | Gesamtmöbelkonsum (Produktion-Export+Import) nach Hauptexportländern der BRD zwischen 1995 bis 2001 | 47 |
| Abbildung 9: | Attraktivität des Standortes NRW für eine Produktionskapazitätserweiterung | 51 |
| Abbildung 10: | Attraktivität des Standortes NRW für eine Unternehmensneugründung | 51 |
| Abbildung 11: | Wertschöpfungskette der Möbelindustrie | 55 |
| Abbildung 12: | Zusammensetzung der Möbelindustrie in OWL nach Teilbranchen | 59 |
| Abbildung 13: | Zusammensetzung der Möbelindustrie in NRW nach Teilbranchen | 60 |
| Abbildung 14: | Organisationsformen der Unternehmen in OWL | 60 |
| Abbildung 15: | Anteile der Möbelhersteller in OWL nach Beschäftigtengrößenklassen | 61 |
| Abbildung 16: | Anteile der Möbelhersteller in NRW nach Beschäftigtengrößenklassen | 61 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abbildung 17: Anteile der Möbelhersteller in OWL nach Umsatzgrößenklassen | 62 |
| Abbildung 18: Anteile der Möbelhersteller in NRW nach Umsatzgrößenklassen | 62 |
| Abbildung 19: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in OWL nach Qualifizierungsstufen (Median) | 64 |
| Abbildung 20: Prozentuale Verteilung der Einkäufe von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen nach Gebietseinheiten | 66 |
| Abbildung 21: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Zwischenprodukten aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren | 68 |
| Abbildung 22: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Maschinen aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren | 72 |
| Abbildung 23: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren | 74 |
| Abbildung 24: Häufigkeiten der gegenwärtigen Kooperationen in OWL – Mittelwert auf einer Skala von 1 (intensive Kooperation) bis 6 (keine Kooperation) | 86 |
| Abbildung 25: Einschätzungen der Entwicklung der Kooperationen in der Produktion in den letzten Jahren | 92 |
| Abbildung 26: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung in den letzten Jahren | 94 |
| Abbildung 27: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen in der Zulieferung in den letzten Jahren | 97 |
| Abbildung 28: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen im Vertrieb in den letzten Jahren | 99 |
| Abbildung 29: Vorgehensweise von MACH 2 | 109 |
| Abbildung 30: Aufbau der ZiMit | 111 |
| Abbildung 31: Die mindestoptimale Betriebsgröße | 123 |
| Abbildung 32: Das Modell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion | 132 |
| Abbildung 33: Das Modell der flexiblen Spezialisierung | 136 |
| Abbildung 34: Das Wertenet | 141 |
| Abbildung 35: Das Wertenet eines repräsentativen Wohnmöbelherstellers | 143 |
| Abbildung 36: Die Berechnung des Mehrwerts | 147 |
| Abbildung 37: Die Netzwetkbildungsspirale | 167 |
| Abbildung 38: Gegenwärtiges duales Krankenhaus-Steuerungssystem | 189 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abbildung 39: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal) 1992 bis 2002 | 194 |
| Abbildung 40: Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung | 202 |
| Abbildung 41: Einrichtungen gruppiert nach Betten-/Platzzahlen in Prozent | 228 |
| Abbildung 42: Beschäftigte insgesamt in Prozent | 228 |
| Abbildung 43: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in einzelnen Qualifikationsgruppen (berechnet mit dem Median) | 230 |
| Abbildung 44: Umsätze der Einrichtungen in Prozent | 231 |
| Abbildung 45: Patienten-Einzugsgebiete der verschiedenen Einrichtungen in Prozent | 232 |
| Abbildung 46: Änderung der Patienten-Einzugsgebiete in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 233 |
| Abbildung 47: Überregional attraktive Leistungen für Patienten in Prozent | 234 |
| Abbildung 48: Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in Prozent | 236 |
| Abbildung 49: Entwicklung des Einkaufs von Gebrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 240 |
| Abbildung 50: Entwicklung des Einkaufs von Verbrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 241 |
| Abbildung 51: Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 242 |
| Abbildung 52: Intensität der Kooperationen in OWL (arithmetische Mittel) | 244 |
| Abbildung 53: Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Erstellung von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 245 |
| Abbildung 54: Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Forschung und Entwicklung in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 251 |
| Abbildung 55: Entwicklung der Kooperationen in OWL bei der Aus- und Weiterbildung in Prozent (2001/02 und 2004/05) | 255 |
| Abbildung 56: Kooperationsbereiche, in denen sich die Einrichtungen in OWL in besonderem Maße engagieren (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich) | 257 |
| Abbildung 57: Bereiche mit nennenswerten Kooperationen außerhalb von OWL in Prozent | 258 |
| Abbildung 58: Organisationsstruktur des Ärztenetzwerkes »Medizin und Mehr« | 283 |
| Abbildung 59: Modell einer integrierten Versorgung in Bünde | 285 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 1: | Unternehmen und Unternehmensgrößen nach Gebietseinheiten (2002) | 36 |
| Tabelle 2: | Veränderung (in Prozent) der Gesamtumsätze sowie der Inlands- und Auslandsumsätze der Möbelhersteller von 1995 bis 2002 nach Gebietseinheiten | 42 |
| Tabelle 3: | Hauptimport- und Hauptexportländer Deutschlands 2001 | 44 |
| Tabelle 4: | Stärken der Möbelindustrie aus Unternehmenssicht in NRW | 48 |
| Tabelle 5: | Risiken der Möbelindustrie aus Unternehmenssicht in NRW | 50 |
| Tabelle 6: | Produktgruppen und Teilbranchen | 57 |
| Tabelle 7: | Neue Mittelstandsdefinition des IfM Bonn | 62 |
| Tabelle 8: | Anteil der jeweiligen Ausbildungsstufe an den Gesamtbeschäftigten in OWL | 64 |
| Tabelle 9: | Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Zwischenprodukten aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig) | 78 |
| Tabelle 10: | Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Maschinen aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig) | 81 |
| Tabelle 11: | Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Dienstleistungen aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig) | 83 |
| Tabelle 12: | Das Gefangenendilemma | 152 |
| Tabelle 13: | Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft in OWL 2002 | 215 |
| Tabelle 14: | Umsatzsteuerpflichtige und Umsatz in der Gesundheitswirtschaft in OWL im Verhältnis zu NRW 1996 – 2001 | 216 |
| Tabelle 15: | Einkaufsbeziehungen der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Prozent (arithmetische Mittel) | 237 |
| Tabelle 16: | Gründe für den Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern und Dienstleistungen in OWL | 242 |
| Tabelle 17: | Gründe, die Kooperationen in OWL verhinderten (arithmetische Mittel) | 257 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AG | Aktiengesellschaft |
| AMK | Arbeitsgemeinschaft »Die Moderne Küche e. V.« |
| BANG | Berufliches Ausbildungsnetzwerk im Gewerbebereich |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| BMBF | Bundesministerium für Bildung und Forschung |
| BMGS | Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung |
| BRD | Bundesrepublik Deutschland |
| DGM | Deutsche Gütegemeinschaft Möbel e. V. |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| DRGs | Diagnosis Related Groups |
| e. V. | eingetragener Verein |
| EDV | Elektronische Datenverarbeitung |
| EINO | Entwicklungs- und Innovationsgesellschaft für die Möbel- und Zulieferindustrie Westfalen-Lippe |
| EKM | Einkaufskooperation Möbelindustrie |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GMG | GKV-Modernisierungs-Gesetz (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) |
| GRG | Gesundheitsreformgesetz |
| GWB | Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen |
| HDH | Hauptverband der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e. V. |
| IfM Bonn | Institut für Mittelstandsforschung in Bonn |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KG | Kommandit-Gesellschaft |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| LDS NRW | Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen |
| LIGNA | internationale Leitmesse für die Forst- und Holzwirtschaft |
| Lkw | Lastkraftwagen |
| M.O.W. | Möbelorder-Messen Westfalica |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| OWL | Ostwestfalen-Lippe |

| | |
|-------|------------------------------------------------------|
| SGB V | Fünftes Sozialgesetzbuch |
| StBA | Statistisches Bundesamt |
| VDR | Verband Deutscher Rentenversicherungsträger |
| VKD | Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. |
| WZ | Wirtschaftszweig/Wirtschaftszweigesystematik |
| ZiMit | Zukunftsinitiative Möbelindustrie NW |
| ZOW | Zuliefermesse Ost-Westfalen |

Die vorliegende Untersuchung wurde freundlicherweise durch Fördermittel der Hans-Böckler-Stiftung, des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen und der Universität Paderborn unterstützt. Für die Förderung danken die Verfasser sehr.

Die einzelnen Projektschritte sowie die dabei erzielten Ergebnisse wurden in regelmäßigen Abständen einem Forschungsbeirat präsentiert und mit ihm diskutiert. Diesem Beirat gehörten Wissenschaftler sowie Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der interessierten Gewerkschaften, der Hans-Böckler-Stiftung, der Agenturen für Arbeit in Bielefeld und Paderborn und der Bezirksregierung Detmold an. Allen Beiratsmitgliedern sind die Verfasser für die kritische Begleitung des Projektes sowie für zahlreiche wertvolle Hinweise und Anregungen sehr zu Dank verpflichtet. Ihr Dank gilt gleichermaßen den übrigen Mitgliedern der Paderborner Arbeitsgruppe Regionalforschung, Horst Gersmeyer, Rainer Greshoff, Thomas Salmen und Andreas Wiendl, die konstruktiv und geduldig an der Entwicklung sowie der Durchführung des Projektes mitwirkten.

Die empirischen Grundlagen der Untersuchung wurden in Experteninterviews und schriftlichen Befragungen der Unternehmensleitungen beider ausgewählter Branchen gewonnen. Bei den mitwirkenden Experten sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Unternehmensleitungen möchten sich die Verfasser an dieser Stelle ebenfalls sehr bedanken. Oliver Bonkamp bearbeitete den Projektteil Möbelindustrie und Britta Gohs den Projektteil Gesundheitswirtschaft.

Teil A:
Einführung und
theoretische
Grundlagen zu
Kooperationen und
Netzwerken

Auch angesichts der gegenwärtig zu beobachtenden Globalisierung bleiben gesamtwirtschaftliche Entwicklung und gesamtwirtschaftlicher Strukturwandel durch regionale Besonderheiten und Einflüsse geprägt. In der ökonomischen Literatur wird einerseits die These vertreten, dass regionalen Kooperationen und Netzwerken in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zukomme, als neuen Organisationsformen zwischen Hierarchie und Markt: Wettbewerbsfähigkeit, Wertschöpfung und Beschäftigung von Unternehmen würden maßgeblich durch die Bildung derartiger regionaler Stärkefelder gefördert. Insbesondere mittelständische Unternehmen könnten zusammen durch diese neuen Organisationsformen Flexibilitäts- und Größenvorteile realisieren, wie sie sonst nur in größeren Unternehmen auftreten. Sie könnten sich zusammen schneller und umfassender an Veränderungen ihres Wettbewerbsumfeldes anpassen. Allerdings sind diese neuen Organisationsformen zumeist bereits in der Gegenwart mit Kosten und erst in der Zukunft mit Erträgen verbunden. Ihre Nutzung setzt daher langfristige strategische Planungen und die Überwindung etwaiger Kooperationshemmnisse voraus. In der Literatur wird andererseits auch die These vertreten, Kooperationen und insbesondere Netzwerke ließen sich empirisch kaum nachweisen, so dass die regionale Wettbewerbsfähigkeit, Wertschöpfung und Beschäftigung anscheinend nach wie vor innerhalb traditioneller hierarchischer oder marktmäßiger Beziehungen bestimmt würden. Je nach Geltung einer der beiden Thesen wären die Konsequenzen für die Regionalpolitik und eine regionalisierte Arbeitsmarktpolitik verschieden.

Um zu überprüfen, ob es regionale Stärkefelder durch Kooperationen und Unternehmensnetzwerke gibt, wie sie beschaffen sind und beschaffen sein könnten, bedarf es eines geeigneten Instrumentariums. Dieses müsste zum einen solche Stärkefelder abgrenzen und in hinreichend differenzierter Weise strukturieren, um sie dann eingehend zu analysieren. Das Instrumentarium müsste es zum anderen ermöglichen, wirtschaftspolitische Gestaltungsspielräume in den betreffenden Regionen aufzuzeigen. Ein leistungsfähiges Instrumentarium stellt der Forschungsansatz von Porter dar. Dieser wurde zwar zunächst für nationale Gebietseinheiten formuliert, ist grundsätzlich aber auch auf regionale Gebietseinheiten anzuwenden (Porter 1998: XXI). In Vorstudien, an die die vorliegende Arbeit anknüpft, wurde der Porter-Ansatz erstmals auf eine Region, namentlich Ostwestfalen-Lippe (OWL), angewandt (Gersmeyer/Greshoff/Liepmann 2000; Gersmeyer 2004). Von den in diesen Vorstu-

dien für das verarbeitende Gewerbe identifizierten elf potenziellen Branchenclustern werden in dieser Untersuchung zwei ausgewählt und vertiefend untersucht: die Branchencluster »Wohnen/Haushalt« (im Teil B definiert als Möbelindustrie) und »Gesundheit/Medizin« (im Teil C definiert als Gesundheitswirtschaft). Diese Branchencluster sind für die Region Ostwestfalen-Lippe in besonderer Weise prägend dadurch, dass sie sowohl eine hohe Beschäftigung als auch eine Konzentration der dazu gehörenden Unternehmen in der Region aufweisen.

Diese Untersuchung geht zunächst der Frage nach, inwieweit sich die identifizierten potenziellen Branchencluster der Möbelindustrie und der Gesundheitswirtschaft in Form von tatsächlich bestehenden Kooperationen und Netzwerken der Unternehmen in der Untersuchungsregion empirisch nachweisen lassen, wie sie beschaffen sind und sein könnten. Weiterhin ist zu fragen, zu welchen benachbarten Branchen horizontale und vertikale Verflechtungen im Sinne Porters bestehen. Zu untersuchen sind ferner etwaige Hemmnisse für Kooperationen und Netzwerke sowie Einflussmöglichkeiten, um diese Hemmnisse zu überwinden. Möglicherweise ist die Unterstützung von Institutionen des Wissens- und Technologietransfers sowie anderer Institutionen der Wirtschaftsförderung ebenso zu gewährleisten wie eine finanzielle Anschubförderung für konkrete Kooperationsprojekte. Soweit sich Fallbeispiele für erfolgreiche Kooperations- und Netzwerkprojekte in den beiden untersuchten Wirtschaftsbereichen nachweisen lassen, sind deren Zustandekommen und Funktionsweise zu untersuchen, um daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Der folgende Abschnitt 2 skizziert zunächst die theoretischen Grundlagen und Hypothesen dieser Arbeit. Teil B (Kapitel 3 bis 5) und Teil C (Kapitel 6 bis 12) fassen die empirischen Ergebnisse der durchgeführten Experteninterviews und schriftlichen Befragungen für die Möbelindustrie und die Gesundheitswirtschaft zusammen und liefern weiterführende Analysen. Für beide Wirtschaftsbereiche werden daraus sowie aus den Fallbeispielen konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet. Im Schlusskapitel 13 werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen des Projektes gezogen und offene Fragen für die weitere wissenschaftliche Diskussion über regionale Kooperationen und Netzwerke formuliert.

Diese Untersuchung behandelt Kooperationen und Netzwerke zwischen Unternehmen der Möbelindustrie und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in der Region Ostwestfalen-Lippe. Im Folgenden werden für Kooperationen und Netzwerke zunächst Arbeitsdefinitionen angegeben und Wirtschaftlichkeitspotenziale aufgezeigt, die mit beiden Organisationsformen zu realisieren sind. Anschließend werden Hypothesen formuliert, welche die empirischen Erhebungen leiten.

2.1 ARBEITSDEFINITIONEN

Kooperation wird in der Literatur vielfach als Oberbegriff aufgefasst. Kooperation bezeichnet demnach alle Formen einer vereinbarten freiwilligen Zusammenarbeit zwischen rechtlich und wirtschaftlich im Übrigen selbstständigen Unternehmen (s. als neueren Literaturüberblick Dibbern 2002: 73 f.). Selbstständigkeit wird durch die formell bestehende Möglichkeit gewährleistet, der Kooperation beizutreten und sie auch wieder zu verlassen. Bei unerwartet frühzeitigem Verlassen der Kooperation ist allerdings mit versunkenen Kosten zu rechnen, die zu nicht herein zu holen den Restwerten führen und die von vornherein die Beteiligung an der Zusammenarbeit verhindern können. Dies trifft insbesondere zu, wenn für eine Beteiligung spezifische Investitionen zu tätigen sind. Nach der Anzahl der Kooperationspartner sind bilaterale und multilaterale Kooperationen zu unterscheiden.

Netzwerke werden in der Literatur als intensive Form der Kooperation aufgefasst. Sie werden eher strategisch geplant und sind auch stärker institutionalisiert als sonstige Formen der Kooperation. Netzwerke verbinden mehr als zwei Unternehmen, die rechtlich selbstständig bleiben, jedoch wirtschaftliche Aktivitäten abstimmen und dadurch stärker als in sonstigen Kooperationsformen voneinander abhängig sind (Dibbern 2002: 93 f.). Bei einer unerwartet frühzeitigen Auflösung von Netzwerken ist ebenfalls mit versunkenen Kosten zu rechnen.

2.2 WIRTSCHAFTLICHKEITSPOTENZIALE

Nutzen von Kooperationen und Netzwerken

Der Nutzen von Kooperationen lässt sich abstrakt zum einen im Rahmen der Theorie der Unternehmung aus Kostenvorteilen herleiten: gegenüber einer markt-mäßigen Beziehung der kooperierenden Unternehmen oder gegenüber einer Zusammenfassung und hierarchischen Organisation der betreffenden Aktivitäten. Der Nutzen lässt sich zum anderen im Rahmen der Spieltheorie aus einer unsicheren oder unendlichen Zahl von Spielen herleiten. Sie führen letztlich zu einer kollektiv rationalen Win-Win-Situation, wobei das zu erwartende Ergebnis vorweg genommen wird und deshalb Anreize zu frühzeitigem kooperativem Verhalten bietet, und zwar anstelle von defektem Verhalten wie im Koordinations- oder im Gefangenendilemma-Spiel (s. z. B. Jacobson/Andréosso-O'Callaghan 1996: 14-23; s. auch Abschnitt 4.3).

Der Nutzen von Kooperationen lässt sich konkret aus strategischen Überlegungen von Unternehmen ableiten, sich durch geeignete Organisationsstrukturen an Veränderungen des Wettbewerbs und des Wettbewerbsumfeldes anzupassen und dadurch gemeinsam einen Wettbewerbsvorsprung zu erlangen: durch Steigerung der statischen Effizienz (Allokationseffizienz) und der dynamischen Effizienz (Produkt- und Prozessinnovationen), d. h. der Überlebensfähigkeit der kooperierenden Unternehmen (Emery/Trist 1976; Caves 1980: 64-92; Martin 1988: 1 ff.).

Wichtige Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes für das verarbeitende Gewerbe sind stichwortartig (Dibbern 2002: 26 ff.):

- die Internationalisierung der Beschaffungs- und Absatzmärkte sowie der Wertschöpfungsprozesse, die beschleunigte Abfolge von Produkt- und Prozessinnovationen (verkürzte Produktlebenszyklen bzw. Marktphasen), Nachfrageänderungen, insbesondere die Tendenz zu individuellen Produkt- und Dienstleistungspaketen und zu Käufermärkten;
- die Einführung neuer Informations- und Kommunikations-Technologien, zum einen als eigenständige neue Tätigkeitsfelder, zum anderen die vielfältigen Auswirkungen dieser Tätigkeitsfelder: auf Arbeitsteilung, Spezialisierung und Arbeitsorganisation, ferner auf die Organisationsformen der Unternehmen (z. B. funktionale Arbeitsteilung) und schließlich auf die Absatz- und Beschaffungswege (Logistik);
- Veränderungen in der Arbeitswelt mit der Tendenz zum Abbau hierarchisch organisierter Arbeitsprozesse (flache Hierarchien) mit anpassungsfähigen, kreativen und eigenverantwortlichen Beschäftigten (»knowledge worker«).

Wichtige Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes für die Gesundheitswirtschaft sind allseits bekannte Probleme der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ferner der medizinisch-technische Fortschritt, die demografische Entwicklung und gesetzliche Vorgaben im Rahmen der staatlichen Regulierung, speziell auch solche zur integrierten Versorgung.

Vor diesem Hintergrund sind Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes einem an Intensität zunehmenden Wettbewerb ausgesetzt. Dabei stehen im Vordergrund: die Produktionskosten und der Preis, die Qualität der angebotenen Güter- und Dienstleistungspakete – die häufig individuell zusammengesetzt sind und nur so nachgefragt werden –, sowie die Fähigkeit zu Produkt- und Prozessinnovationen. Hervorzuheben ist, dass im Wettbewerb zunehmend der Faktor Zeit an Bedeutung gewinnt. Wichtig sind dabei die Zeitdauer und Zeitvarianz der gesamten Prozessabwicklung, d. h. der Beschaffung, der Verwaltung, der Produktion, des Versands, der weiteren Kundenbetreuung und der Reaktionsgeschwindigkeit, auf die jeweiligen Wünsche der Nachfrager einzugehen (Lieferzeit und Termintreue). Wichtig ist außerdem die Zeit für die Umsetzung von neuem ökonomischen Wissen in neue marktfähige Produkte, Prozesse und Organisationsformen (Dibbern 2002: 47-50). Unternehmen erlangen somit Wettbewerbsvorteile, wenn sie vergleichsweise schnell und flexibel agieren.

Vor dem Hintergrund des veränderten Wettbewerbsumfeldes sind mutatis mutandis auch Gesundheitseinrichtungen einem an Intensität zunehmenden Wettbewerb ausgesetzt, in dem sie sich mit geeigneten Anpassungen wie sonstige Unternehmen zu behaupten haben. Für Gesundheitseinrichtungen gelten die folgenden Überlegungen entsprechend, ohne dass sie durchgehend gesondert erwähnt werden.

Der Nutzen speziell von Netzwerken wird neben den genannten Wettbewerbsvorteilen von Kooperationen konkret auch darin gesehen, dass sich Netzwerkunternehmen strategisch, d. h. langfristig im Rahmen ihrer Kernkompetenzen betätigen, dass sie mit Unternehmen zusammenarbeiten, die komplementäre Kompetenzen aufweisen, dagegen Randaktivitäten spezialisierten Netzwerkpartnern überlassen. Bei einer derartigen, miteinander abgestimmten und strategischen Ausrichtung können Wirtschaftlichkeitspotenziale durch Arbeitsteilung, Spezialisierung, Innovationen und erhöhte Flexibilität nicht nur für die einzelnen Unternehmen, sondern auch für die Netzwerkunternehmen insgesamt realisiert werden.

Die Stadt- und Regionalökonomie sowie der so genannte Coopetition-Ansatz (Ansatz des kooperierenden Wettbewerbs oder auch der kooperierenden Rivalität; Nalebuff und Brandenburger: 1996a) liefern verschiedene Theorieelemente, mit

denen gerade auch potenzielle Wettbewerbsvorteile erklärt werden, wenn die Kooperations- bzw. Netzwerkpartner räumlich konzentriert ansässig sind.

Nutzen von Kooperationen und Netzwerken aus der Sicht der Stadt- und Regionalökonomie

In der Stadt- und Regionalökonomie werden Wettbewerbsvorteile von Unternehmen, die räumlich konzentriert ansässig sind, stichwortartig mit folgenden Theorieelementen begründet: mit statischen und dynamischen komparativen Vorteilen zur Erklärung der Spezialisierung und Arbeitsteilung im Inlands- und Auslandswettbewerb; mit internen Ersparnissen zur Erklärung von abnehmenden Durchschnittskosten durch Skalen- und Verbundvorteile und mit diversen externen Ersparnissen, d. h. Lokalisations- und Urbanisationsvorteilen (O'Sullivan 1996: 23-32). Die Wettbewerbsvorteile nehmen zu, wenn die Unternehmen nicht nur räumlich konzentriert ansässig, sondern auch in Kooperationen oder sogar Netzwerken verbunden sind. Sie können dann die nachfolgend erläuterten Bestimmungsgründe der Wettbewerbsvorteile gemeinsam strategisch gestalten und die Vorteile dadurch steigern.

Wettbewerbsvorteile durch statische und dynamische komparative Vorteile entstehen speziell durch räumlich konzentrierte Forschung und Entwicklung, durch innovative, d. h. marktfähige neue Produkte sowie die Erschließung neuer Märkte (Profilbildung und Imageaufbau zur Bindung von Kunden bzw. Patienten), durch Produktivitätsfortschritte und gerade auch durch innovative Organisationsformen. Die räumliche Konzentration fördert die Entstehung einer so genannten technologischen Infrastruktur, die Entstehung von neuem ökonomischem Wissen und von neuen Technologien sowie deren Transfer zwischen Unternehmen durch so genannte Spill-over-Effekte und Kommunikationsvorteile (Liepmann 1999; Sullivan 1996: 26; Feldman 1994; Feldman/Florida 1994).

Interne Ersparnisse werden genutzt, wenn ein Betrieb insgesamt sowie einzelne Funktionsbereiche mindestoptimale Größen aufweisen, bei denen die jeweiligen Durchschnittskosten ein Minimum erreichen. Koutsoyiannis (1983: 127) unterscheidet bei internen Ersparnissen zum einen reale Ersparnisse, bei denen die aufgewendeten Ressourcen effizient eingesetzt werden, zum anderen pekuniäre Ersparnisse, die durch die Beschaffung oder den Absatz großer Mengen entstehen sowie dadurch, dass günstigere Preise infolge von Nachfrage- oder Angebotsmacht auf den Märkten durchzusetzen sind. Sofern der Betrieb insgesamt sowie einzelne Funktionsbereiche ihre jeweilige mindestoptimale Größe bei unterschiedlichen Aktivitätsniveaus erreichen, entstehen Anreize zur Angleichung der Aktivitätsniveaus entweder durch

Auslagerung oder aber durch Kooperation bzw. Netzwerkbildung mit anderen Unternehmen.

Der Anreiz zur Auslagerung einerseits oder zur Kooperation bzw. Netzwerkbildung andererseits hängt von der Zielausbringungsmenge ab, auf die hin die Kapazitäten des Betriebes und seiner jeweiligen Funktionsbereiche strategisch ausgerichtet sind. Infolge von saisonalen und konjunkturellen Schwankungen sowie von langfristigen strukturellen Veränderungen der nachgefragten Menge wird die Zielausbringungsmenge zumeist unter- oder überschritten, aber nur in seltenen Fällen beständig erreicht. Folglich werden die Kapazitäten des Betriebes und der Funktionsbereiche immer wieder unter- oder überoptimal, selten dagegen optimal genutzt. Bei unter- oder überoptimaler Nutzung von Kapazitäten steigen die totalen Durchschnittskosten. Es hängt dann von der Länge des Planungshorizontes und den Erwartungen des Unternehmens ab, ob es sich daran mit einer Änderung der Zielausbringungsmenge, mit einer Auslagerung von Funktionsbereichen (ganz oder teilweise) oder im Rahmen einer Kooperation bzw. Netzwerkbildung mit anderen Unternehmen anpasst. Jede Anpassung ist mit Investitionen verbunden, so dass eine sorgfältige Abwägung der alternativen strategischen Optionen erforderlich ist. Je spezifischer die mit der Anpassung verbundenen Investitionen sind, desto eher ist mit versunkenen Kosten zu rechnen, wenn an den Investitionen nicht lange genug fest gehalten werden kann.

Externe Ersparnisse entstehen als Lokalisationsvorteile branchenintern: bei der Nachfrage von Zwischenprodukten sowie von unternehmensbezogenen Dienstleistungen, wenn die Anbieter mehrere Nachfrager mit einem insgesamt größeren Auftragsvolumen beliefern und dadurch ihrerseits interne Ersparnisse bis hin zu mindestoptimalen Betriebsgrößen realisieren. Externe Ersparnisse entstehen als Lokalisationsvorteile weiterhin bei der gemeinsamen Inanspruchnahme von Arbeitsmärkten durch mehrere Unternehmen mit ähnlichen Qualifikationsanforderungen, weil dann nicht nur die Größe der Arbeitsmärkte, sondern auch deren Ausdifferenzierung und Funktionsfähigkeit zunimmt, so dass Fluktuationen des Angebotes oder der Nachfrage leichter zu bewältigen sind (Abnahme der Such-, Mobilitäts- und Rekrutierungskosten). Externe Ersparnisse durch Lokalisationsvorteile entstehen – wie die zuvor erwähnten dynamischen komparativen Vorteile – schließlich durch die gemeinsame Inanspruchnahme und Förderung einer branchenspezifischen technologischen Infrastruktur: durch Forschung und Entwicklung in den Unternehmen und in gesonderten Forschungseinrichtungen; durch formale und berufliche Aus- und Weiterbildung (berufsbildende Schulen, Fachhochschulen und Universitäten). Im günstigsten Fall entstehen dynamische Netzwerke (Innovations-

netzwerke), um Lokalisationsvorteile zu internalisieren und möglichst umfassend zu nutzen.

Externe Ersparnisse durch Urbanisationsvorteile entstehen branchenübergreifend mit zunehmendem regionalem Produktionsvolumen (O'Sullivan 1996: 28). Sie setzen in Städten und – räumlich weiter gefasst – funktional verflochtenen Stadtregionen Mindestgrößen voraus, die in der hier untersuchten Region Ostwestfalen-Lippe durchaus ansatzweise erreicht werden. Urbanisationsvorteile können auch die hier ausgewählten Branchen, die Möbelindustrie und die Gesundheitswirtschaft, realisieren: wenn sie mit anderen Branchen der Region gemeinsam Ressourcen, speziell Arbeitskräfte, sowie Zwischenprodukte und Dienstleistungen nachfragen und bei den jeweiligen Anbietern bzw. auf den jeweiligen Märkten zur Realisierung interner Ersparnisse beitragen. Unternehmensbezogene Dienstleistungen sind dabei von besonderem Interesse. Zu unterscheiden sind private Dienstleistungen (z. B. von Banken, Versicherungen, Beratungs-, Transport- und Beherbergungsunternehmen) und öffentliche Dienstleistungen (z. B. Verkehrsinfrastruktur, Ausbildungs-, Bildungs- und Wirtschaftsförderungseinrichtungen).

Kooperationen und Netzwerke für große und mittelständische Unternehmen

Großunternehmen können die skizzierten Wirtschaftlichkeitspotenziale zumindest teilweise auch unternehmensintern erschließen, zumal wenn sie mehrere Betriebe umfassen und an mehreren Standorten ansässig sind. Für kleine und mittelgroße Unternehmen (im Folgenden auch zusammengefasst als mittelständische Unternehmen bezeichnet) lassen sich diese Wirtschaftlichkeitspotenziale dagegen nur von mehreren Unternehmen durch Kooperationen und Netzwerke erschließen. Der Vorteil dieser Organisationsformen für mittelständische Unternehmen wird im Vergleich insbesondere mit zwei alternativen strategischen Optionen deutlich, die ihnen zur Verfügung stehen, wenn sie sich weiterhin einzeln an Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes anpassen und ihre rechtliche sowie wirtschaftliche Selbstständigkeit wahren wollen: mit der Strategie der Nischenbesetzung und der Strategie der individuellen Konzentration auf Kernkompetenzen sowie der Auslagerung von Randaktivitäten.

Als Reaktion auf die Veränderungen des Wettbewerbs und des Wettbewerbsumfeldes können sich mittelständische Unternehmen mit ihren Leistungen einerseits auf eine Strategie der Nischenbesetzung konzentrieren. Diese Strategie ist jedoch mit der Gefahr einer strategischen Fixierung und mit versunkenen Kosten verbunden, wenn die Besetzung einer Nische spezifische Investitionen voraussetzt

und diese früher als geplant aufgegeben werden müssen. Wenn sich einzelne mittelständische Unternehmen, als Reaktion auf jene Veränderungen, andererseits auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen beschränken und Randaktivitäten auslagern, dann fehlen ihnen für diese Strategie im Vergleich zu größeren Unternehmen vielfach die finanziellen und personellen Ressourcen für das Angebot individuell zugeschnittener Güter- und Dienstleistungspakete. Sie können die Unsicherheiten zumeist nicht allein tragen, die in dieser Form der strategischen Fixierung und in den damit verbundenen versunkenen Kosten begründet sind.

Mittelständische Unternehmen können jedoch durch die Bildung von Kooperationen und Netzwerken auf die Veränderungen des Wettbewerbs und des Wettbewerbsumfeldes reagieren und sowohl ihre Effizienz als auch ihre Flexibilität steigern. Der so genannte Coopetition-Ansatz fasst dafür erforderliche Voraussetzungen zusammen (Nalebuff und Brandenburger: 1996a). Zunächst sind die jeweiligen Kernkompetenzen der Unternehmen zu identifizieren und komplementäre Kernkompetenzen aufeinander abzustimmen, um gemeinsam immer wieder neue, individuell zugeschnittene Güter- und Dienstleistungspakete anbieten zu können. Nalebuff und Brandenburger (1996a: 23) fordern von Netzwerkunternehmen darüber hinaus ein »Denken in Ergänzungen« im weitesten Sinne, wobei nicht nur komplementäre Kernkompetenzen zusammengefügt und vermarktet werden, sondern durch die jeweiligen Ergänzungen die vermarkteten Güter- und Dienstleistungspakete an Attraktivität gewinnen und so verstärkt Käufer finden. Für die vermehrte Nachfrage bisheriger Käufer bzw. die Nachfrage zusätzlicher Käufer wird durch die Ergänzungen und die gemeinsam gesteigerte Attraktivität der Güter- und Dienstleistungspakete der Markt also vergrößert bzw. neu geschaffen. Dabei können komplementäre Kernkompetenzen und die darüber hinausgehenden Ergänzungen einzelne oder mehrere Wertschöpfungsstufen betreffen. Die vorstehenden stadt- und regionalökonomischen Ausführungen beschreiben vielfältige Handlungsspielräume dafür, wie komplementäre Kernkompetenzen und darüber hinausgehende Ergänzungen strategisch zu nutzen und Wettbewerbsvorteile zu steigern sind.

Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit mittelständischer Unternehmen

Dibbern (2002: 94-106, insbes. 103) liefert einen Überblick über verschiedene Formen der Kooperation und der Netzwerkbildung, wobei diese teilweise eine erhebliche Kooperationsbereitschaft und Flexibilität der beteiligten Unternehmen sowie weitreichende Anpassungen ihrer Unternehmensorganisation, zusammen mit entsprechenden Investitionen, erfordern. Deshalb sind Kooperationsbereitschaft und

Kooperationsfähigkeit speziell von mittelständischen Unternehmen nicht ohne weiteres vorauszusetzen.

Wie mehrere Studien zeigen, steigt die Kooperationsbereitschaft mit der Unternehmensgröße (Wolter, Wolff und Freund 1998: 84 f.; Fieten, Friedrich und Lage- mann 1997: 233 f.; Henke 2003: 10). Berücksichtigt man, dass sich vermutlich Unternehmen mit Erfahrungen in Kooperationen oder Netzwerken eher an derartigen empirischen Erhebungen beteiligen, dann ist von einer positiven Überzeichnung der erzielten Ergebnisse auszugehen. Die Untersuchung der Initiative »Mittelstand im Mittelpunkt« kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass bisher Kooperationen im Ver- trieb und bei gemeinsamen Marktauftritten vorherrschen, gefolgt von Kooperatio- nen in der Beschaffung. Kooperationen in so genannten sensiblen Funktionsberei- chen, insbesondere in der Produktion sowie in der Forschung und Entwicklung, sind dagegen bisher selten zu beobachten. Während kooperierende Großunternehmen häufig angeben, ihre strategischen Ziele erweitern zu wollen, antworten mittel- ständische Unternehmen, sie wollten ihr operatives Tagesgeschäft besser bewälti- gen (DG Bank 2000: 11, zitiert nach Dibbern 2002: 109). Für mittelständische Unter- nehmen gelten als Kooperationshemmnisse, dass der Unternehmer vielfach auch der Eigentümer ist und der »ersten Generation« angehört, dass er eher an einmal eingeschlagenen Unternehmensstrategien festhält und mit dem operativen Tages- geschäft ausgelastet ist (strategische Fixierung bzw. Inflexibilität; Henke 2003: 23). Kooperationen werden von mittelständischen Unternehmen auch als Verlust der Selbstständigkeit oder auch als Signal eigener Schwäche angesehen (Schneider, Schwarz und Wikner 1999: 36; Thielemann 1999: 54).

Da Netzwerke im Vergleich mit Kooperationen einen höheren Abstimmungs-, Organisations- und Investitionsaufwand mit sich bringen, langfristige Bindungen voraussetzen und daher seltener anzutreffen sind, werden in der Literatur verstärkt Unternehmenskooperationen untersucht (s. z. B. Schiller 1998: 82, zitiert nach Dib- bern 2002: 110). Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf beide Organisati- onsformen der Zusammenarbeit von Unternehmen der Möbelindustrie und von Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft, auch wenn ursprünglich regionale Netz- werke (bei Porter »Branchencluster«) im Vordergrund standen.

2.3 HYPOTHESEN

Aus den vorstehenden Ausführungen ergeben sich die folgenden Hypothesen, wel- che die Untersuchung der Möbelindustrie und Gesundheitswirtschaft in Ostwest-

falen-Lippe leiten. Vorsorglich sei darauf hingewiesen, dass die Hypothesen nicht durchgängig scharf voneinander zu trennen sind.

Kooperationen oder Netzwerke

Es ist zu erwarten, dass Kooperationen häufiger auftreten als Netzwerke.

Einfluss der Unternehmensgröße, Unternehmensführung und Unternehmensorganisation auf die Bildung von Kooperationen und Netzwerken

Große Unternehmen haben wegen ihrer stärker strategisch orientierten Unternehmensführung, ferner wegen ihrer funktionalen und personalen Ausdifferenzierung mehr Möglichkeiten als mittelständische Unternehmen, Kooperationen und Netzwerke zu bilden und zu nutzen. Wenn Netzwerke bestehen, dann sind daran stärker große als mittelständische Unternehmen beteiligt.

Großen Unternehmen stehen – anders als mittelständischen Unternehmen – neben oder anstelle von Kooperationen und Netzwerken als strategische Optionen alternative Organisationsformen zur Verfügung: zum einen eine funktionale Neugliederung und die Bildung von Zweigbetrieben sowie die funktionale Arbeitsteilung durch Mehrbetrieblichkeit an einem oder an mehreren Standorten, sowohl im Inland als auch im Ausland; zum anderen das Eingehen von Fusionen sowie Veränderungen in der vertikalen Organisation, d. h. der Vorwärts- und Rückwärtsintegration (insbesondere »Outsourcing« an alten oder an kostengünstigeren neuen Standorten).

Die Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit mittelständischer Unternehmen ist dadurch begrenzt, dass sie eine funktional und personell wenig ausdifferenzierte hierarchische Organisation und speziell auch Unternehmensführung aufweisen. Mittelständische Unternehmen sind auch wegen ihrer finanziellen Ausstattung und ihrer begrenzten Fähigkeit, Risiken einer längerfristigen strategischen Bindung zu tragen, nicht ohne weiteres in der Lage, Kooperationen zu bilden und zu nutzen, noch weniger Netzwerke. Für sie sind langfristige vertrauensvolle Beziehungen von besonderer Bedeutung, um Kooperationshemmnisse zu verringern.

Informations- und Transaktionskosten in Kooperationen und Netzwerken

Horizontale sowie vertikale Kooperationen und Netzwerke sind mit diversen Informations- und Transaktionskosten verbunden (insbesondere Einigungs-, Organisations-, Anpassungs-, und Kontrollkosten). Sie werden nur dann gebildet, wenn erwartet wird, dass mindestens ebenso große Nutzen in Form von Wirtschaftlich-

keitspotenzialen erschlossen werden können. Für vertikale Kooperationen und Netzwerke liegen vielfach längerfristige Erfahrungen durch bereits bestehende Zulieferer-Abnehmer-Beziehungen vor, so dass sie eher gebildet werden als horizontale Kooperationen und Netzwerke. Hierfür sind vertrauensvolle Beziehungen vielfach erst noch aufzubauen.

Informations- und Transaktionskosten in Netzwerken und Kooperationen fallen z. T. sofort (Fixkosten), z. T. laufend (variable Kosten) an, die Nutzen werden nur zu einem kleineren Teil sofort, zu einem größeren Teil erst mittel- bis langfristig entstehen.

- Netzwerke und Kooperationen werden dann gebildet, wenn die Planungshorizonte hinreichend langfristig sind, eine strategische Planung existiert und die individuellen Zukunftspräferenzen hinreichend hoch sind. Myopisches (an der Gegenwart und nahen Zukunft orientiertes) Verhalten verhindert demnach die Bildung von Kooperationen und Netzwerken.
- In großen Mehrbetriebsunternehmen mit demselben Eigentümer und in Gesundheitseinrichtungen mit demselben Träger (z. B. Landkreis Lippe) oder Trägern mit gleichen Interessen (z. B. kirchliche Träger) können bei der Bildung von Kooperationen und Netzwerken Informations- und Transaktionskosten gespart werden, die Unternehmen bzw. Gesundheits-Einrichtungen mit verschiedenen Eigentümern bzw. Trägern unter sonst gleichen Voraussetzungen zu tragen hätten.
- Kooperationen und Netzwerke speziell von Gesundheitseinrichtungen sind dort verstärkt zu erwarten, wo gemeinsam die gesetzlich geforderte integrierte Versorgung kostengünstiger und mit geringeren Risiken der Patientenabwanderung oder Patientenabwerbung zu realisieren ist und sich Projekte wie »Benchmarking«, Optimierung der Prozessabläufe sowie der Behandlungspfade ebenfalls kostengünstiger und mit geringeren Risiken durchführen lassen.

Regionale Reichweite von Kooperationen und Netzwerken

Die regionale Reichweite von Netzwerken und Kooperationen hängt von den Kosten der Raumüberwindung ab: speziell von Transport-, Mobilitäts- und sonstigen Kommunikationskosten (z. B. Alternativkosten der Raumüberwindung, etwa durch die Unterbrechung von Produktionsabläufen infolge der Abwesenheit von Leitungspersonen). Für spezifische Güter und Dienstleistungen, die unregelmäßig anfallen bzw. angeboten und nachgefragt werden und die deshalb mit hohen Kosten der Raumüberwindung verbunden sind, ist die räumliche Nähe wichtig: Beratung, Wartung und Reparatur, Einzelfertigung, Just-in-time-Lieferung (Flexibilität im Ange-

bot und der Nachfrage von Zwischenprodukten, Maschinen, Dienstleistungen). Kooperationen und Netzwerke sind bei diesen Bedingungen regional eher begrenzt.

Bei standardisierten Gütern und Dienstleistungen, die regelmäßig anfallen bzw. angeboten und nachgefragt werden und die deshalb mit geringen Kosten der Raumüberwindung verbunden sind, nimmt die regionale Reichweite zu. Kooperationen und Netzwerke sind bei diesen Bedingungen auch überregional (national, international) zu erwarten.

Hypothesen zu Netzwerken und Kooperationen in einzelnen

Funktionsbereichen

Kooperationen und Netzwerke sind eher in Funktionsbereichen zu erwarten, die vor unerwünschten Spill-over-Effekten, also der Aufdeckung von neuem ökonomischem Wissen und neuen Technologien (»Betriebsgeheimnissen«) geschützt sind: in den Funktionsbereichen Beschaffung und im Vertrieb (z. B. zentralisierter Einkauf standardisierter Vorprodukte oder Dienstleistungen oder Vertriebsgemeinschaft bei heterogenen Gütern oder Dienstleistungen). Sie werden wegen der Möglichkeit einer schnellen Imitation weniger in den Funktionsbereichen eingegangen, in denen neues ökonomisches Wissen und neue Technologien entstehen und umgesetzt werden: in den Funktionsbereichen Forschung und Entwicklung sowie Produktion. Die Möglichkeit einer schnellen Imitation, als Kooperationshemmnis, verliert an Bedeutung, wenn für den Absatz auf räumlich getrennten Märkten geforscht, entwickelt und produziert wird.

Mittelständische Unternehmen werden sich dann an Kooperationen oder Netzwerken in sensiblen Funktionsbereichen beteiligen, wenn es ihnen zuvor gelingt, langfristige vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen und gemeinsam komplementäre Kernkompetenzen zu nutzen bzw. Randaktivitäten auszulagern. Die Chancen dafür steigen bei räumlicher Konzentration der Standorte (Kommunikationskostenvorteile).

Kooperationen und Netzwerke in der Aus- und Weiterbildung entstehen, wenn in ihr allgemeine, überbetrieblich nutzbare Qualifikationen vermittelt werden. Sie entstehen dagegen nicht, wenn sensible betriebspezifische Qualifikationen, also betriebspezifisches neues ökonomisches Wissen und neue Technologien, vermittelt werden. Zwischenbetriebliche Fluktuation würde dann eine schnelle Imitation ermöglichen. Dieses Kooperationshemmnis verliert an Bedeutung, wenn die Fluktuation langfristig gesehen wird und sich etwaige Wissensverluste ausgleichen (Lokalisationsvorteile) und/oder durch diverse Vorteile überkompensiert werden: durch Kostenvorteile (z. B. mindestoptimale Ausstattung mit Räumen und Ausbil-

dungspersonal), durch Qualifikationsvorteile (Spezialisierung, berufspraktische Erfahrung) und durch Vorteile einer erhöhten Flexibilität in der Versorgung mit Fachpersonal (Modularisierung der Aus- und Weiterbildung).

Teil B:
Kooperationen und
Netzwerke in der
Möbelindustrie der
Region Ostwestfalen-
Lippe

3 UNTERSUCHUNGSREGION, CHARAKTERISIERUNG DER MÖBELINDUSTRIE UND ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNGEN

3.1 DIE UNTERSUCHUNGSREGION OSTWESTFALEN-LIPPE

Die Untersuchungsregion Ostwestfalen-Lippe (OWL) ist identisch mit dem Regierungsbezirk Detmold. Sie gliedert sich verwaltungsmäßig in die Kreise Minden-Lübbecke, Herford, Lippe, Höxter, Paderborn, Gütersloh und die kreisfreie Stadt Bielefeld sowie 69 kreisangehörige Gemeinden. Die Arbeitsmarktverwaltung untergliedert die Untersuchungsregion in die vier Arbeitsamtsbezirke Bielefeld, Detmold, Herford und Paderborn.

OWL kann als ländlich geprägte Region bezeichnet werden, die mit Paderborn und Bielefeld jedoch zwei Oberzentren und mit den Städten Detmold, Gütersloh, Herford u. a. auch einige Mittelzentren besitzt.

3.1.1 Aus- und Weiterbildung

Im Wintersemester 2002/2003 studieren an ostwestfälisch-lippischen Hochschulen und Fachhochschulen insgesamt 46.493 Studenten. In OWL sind es 22 Studenten pro 1.000 Einwohner, in NRW 28. Auch der Anteil der Schulabgänger mit Hoch- oder Fachhochschulreife liegt in OWL mit 24,6% im Jahr 2002 niedriger als in NRW mit 29,7%. Paderborn und Bielefeld sind die Universitätsstädte Ostwestfalen-Lippes. Beide Städte sind auch Standort von Fachhochschulen. Außerdem befinden sich Fachhochschulen in den Mittelzentren Ostwestfalen-Lippes. Das berufliche Schulwesen in OWL ist untergliedert in Berufsschulen, Berufsfachschulen, Fachschulen und Fachoberschulen. 2001 stehen den 71.835 Schülern des beruflichen Schulwesens 176 Schulen zur Verfügung.

Nach Aussage der Experten¹ sind 50% der Schüler der Bänder Berufsschule Auszubildende in der Möbelbranche. Die Bänder Berufsschule hat ihr Lehrangebot auf deren spezielle Bedürfnisse abgestimmt. 1998 richtet die Fachhochschule Lippe

1 Immer wenn von den Experten gesprochen wird, sind die in zwei Runden durchgeführten Experteninterviews gemeint. Näheres kann dem Kapitel 3.4.1.2 entnommen werden.

und Höxter den Studiengang »Holztechnik« ein. An der Fachhochschule Lippe und Höxter wird darüber hinaus am Standort Detmold Innenarchitektur angeboten, wobei dieser Studiengang auch wahlweise Möbeldesign umfasst. – Die Fachhochschule Rosenheim, die als die klassische Fachhochschule im Holzbereich gilt, bildet seit Jahrzehnten in den Studiengängen »Holzbau und Holzbausbau«, »Holztechnik« und »Master of Engineering« aus.²

3.1.2 Wirtschaftsstruktur

Tabelle 1: Unternehmen und Unternehmensgrößen nach Gebietseinheiten (2002)

| Arbeitsamtsbezirk | Anzahl der Betriebe | | Beschäftigte nach Betriebsgröße in Prozent (%) | | | | |
|-------------------|---------------------|------|------------------------------------------------|-------|-------|---------|--------------|
| | absolut | % | 1-9 | 10-49 | 50-99 | 100-499 | 500 und mehr |
| Bielefeld | 16.851 | 100 | 77,4 | 17,2 | 2,8 | 2,2 | 0,4 |
| Primärer Sektor | 487 | 2,9 | 90,3 | 9,7 | 0 | 0 | 0 |
| Sekundärer Sektor | 4.180 | 24,8 | 67,0 | 23,9 | 4,3 | 4,1 | 0,7 |
| Tertiärer Sektor | 12.170 | 72,2 | 80,5 | 15,3 | 2,5 | 1,6 | 0,2 |
| Detmold | 8.697 | 100 | 79,4 | 16,6 | 2,2 | 1,6 | 0,2 |
| Primärer Sektor | 320 | 3,7 | 92,2 | 7,5 | 0,3 | 0 | 0 |
| Sekundärer Sektor | 2.215 | 25,5 | 68,8 | 24,7 | 2,9 | 3,2 | 0,5 |
| Tertiärer Sektor | 6.155 | 70,8 | 82,6 | 14,3 | 2,0 | 1,1 | 0,1 |
| Herford | 14.176 | 100 | 76,9 | 18,0 | 2,6 | 2,2 | 0,2 |
| Primärer Sektor | 387 | 2,7 | 92,9 | 7,0 | 0,3 | 0 | 0 |
| Sekundärer Sektor | 3.834 | 27,0 | 65,3 | 25,6 | 4,2 | 4,4 | 0,5 |
| Tertiärer Sektor | 9.948 | 70,2 | 80,8 | 15,5 | 2,1 | 1,5 | 0,1 |
| Paderborn | 10.362 | 100 | 77,7 | 17,9 | 2,4 | 1,7 | 0,2 |
| Primärer Sektor | 395 | 3,8 | 92,7 | 6,6 | 0,8 | 0 | 0 |
| Sekundärer Sektor | 2.639 | 25,5 | 69,1 | 24,1 | 3,6 | 2,7 | 0,5 |
| Tertiärer Sektor | 7.328 | 70,7 | 80,0 | 16,3 | 2,1 | 1,5 | 0,1 |
| NRW | 424.331 | 100 | 79,8 | 15,8 | 2,3 | 1,9 | 0,3 |
| Primärer Sektor | 11.123 | 2,6 | 91,1 | 8,3 | 0,4 | 0,2 | 0 |
| Sekundärer Sektor | 94.751 | 22,3 | 81,1 | 22,1 | 3,3 | 3,0 | 0,5 |
| Tertiärer Sektor | 318.158 | 75,0 | 81,9 | 14,2 | 2,1 | 1,6 | 0,2 |

Quelle: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003: 65f (2002).

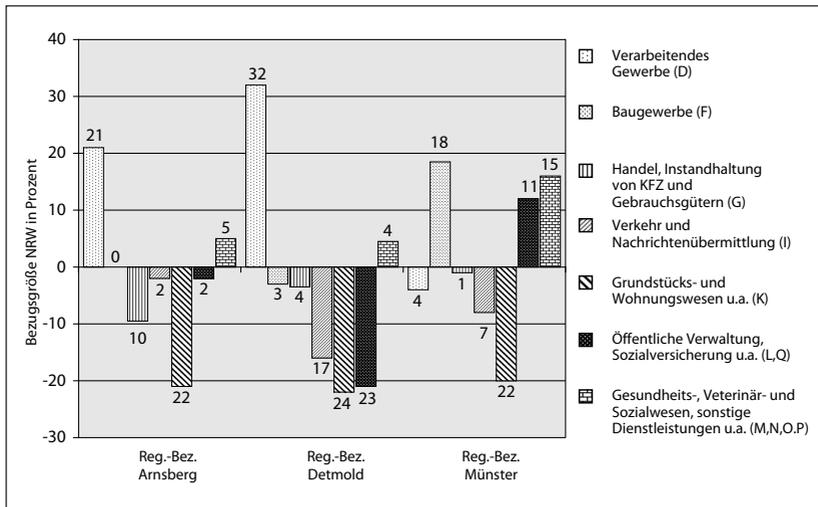
2 Eine andere Bezeichnung dieser Studiengänge in der Vergangenheit wird nicht ausgeschlossen.

Der tertiäre Sektor stellt den größten Anteil an Betrieben sowohl in den Arbeitsamtsbezirken Ostwestfalen-Lippes als auch in denen Nordrhein-Westfalens. Die prozentualen Anteile des tertiären Sektors in den einzelnen Arbeitsamtsbezirken Ostwestfalen-Lippes liegen unter dem entsprechenden Anteil Nordrhein-Westfalens. Im primären Sektor sind nur noch wenige Betriebe tätig. In diesem Sektor liegen die Anteile Ostwestfalen-Lippes über dem Anteil Nordrhein-Westfalens. Dieser Befund unterstreicht den ländlichen Charakter Ostwestfalen-Lippes. Im sekundären Sektor liegt eine Stärke Ostwestfalen-Lippes. Mit Anteilen von bis zu 27% im Arbeitsamtsbezirk Herford liegen die Anteile des produzierenden Gewerbes in allen Arbeitsamtsbezirken über dem Anteil Nordrhein-Westfalens.

Werden die Beschäftigtenzahlen zur Einordnung der Unternehmen in Klein-, Mittel- und Großunternehmen herangezogen (siehe Tabelle 7 in Abschnitt 3.4.2.1), so sind mehr als 99% aller ostwestfälisch-lippischen Unternehmen als mittelständisch anzusehen. Dennoch gibt es in OWL auch Großunternehmen, teilweise mit Weltgeltung: z. B. Oetker, Siemens, Miele, Melitta, Schieder u.a.

3.1.3 Beschäftigte

Abbildung 1: Besonderheiten der Region OWL: Beschäftigte nach beschäftigungsstarken Wirtschaftszweigen (Buchstaben bezeichnen die Abschnitte der WZ 93)



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2003, eigene Berechnung (2001).

Die Besonderheiten der Region werden deutlich, wenn einzelne Branchen hinsichtlich ihrer Beschäftigtenanteile im Vergleich zu NRW untersucht werden. Zu diesem Zweck sind in Abbildung 1 nur die beschäftigungsstarken Branchen Ostwestfalen-Lippes im Vergleich zu NRW dargestellt. Deutlich wird, dass sich die Regierungsbezirke Arnsberg und Detmold (OWL) in ihren Ausprägungen ähneln, zum Regierungsbezirk Münster jedoch Unterschiede aufweisen.

Arnsberg und OWL besitzen ein starkes Übergewicht im verarbeitenden Gewerbe, wobei OWL mit 31,7 % im Vergleich zu NRW am stärksten abweicht. Betrachtet man die Branchen des verarbeitenden Gewerbes (WZ-Abschnitt D) genauer, so fällt beim Vergleich mit NRW auf, dass OWL in den folgenden Branchen prozentual stark vertreten ist: Ernährungsgewerbe und Tabakverarbeitung (DA), Textil- und Bekleidungsgewerbe (DB), Ledergewerbe (DC), Papier-, Verlags- und Druckgewerbe (DE), Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren (DH), Maschinenbau (DK) und schließlich in der Herstellung von Möbeln, Schmuck, Musikinstrumenten, Sportgeräten, Spielwaren, sonstigen Erzeugnissen und Recycling (DN). Im letztgenannten Bereich DN überwiegt in OWL deutlich die Herstellung von Möbeln.

In den Bereichen Erziehung und Unterricht, Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen sowie private Haushalte (WZ-Abschnitte M, N, O und P) gibt es in den Regierungsbezirken Arnsberg, Detmold und Münster eine positive Abweichung; alle anderen aufgeführten Wirtschaftszweige weichen anteilmäßig negativ von den Werten für NRW ab.

3.2 CHARAKTERISIERUNG DER MÖBELINDUSTRIE

3.2.1 Entwicklung der Möbelindustrie

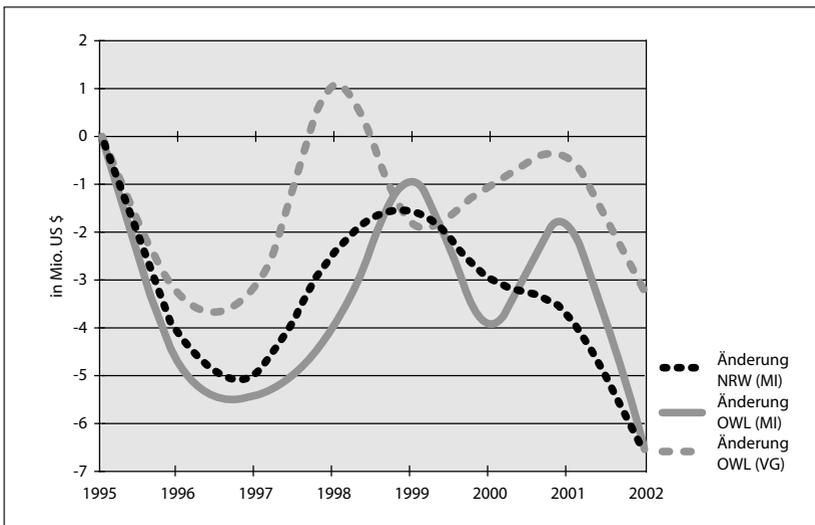
Die Möbelindustrie ist eine traditionelle und nach wie vor bedeutende Branche in der Untersuchungsregion. OWL wird auch als das »Möbelbecken Deutschlands« bezeichnet. 16,3 % aller Möbelhersteller Deutschlands sind in OWL ansässig. Von den insgesamt 1.276 Möbelherstellern Gesamtdeutschlands im Jahr 2002 befinden sich allein 372 in NRW und davon 209 in OWL. Nach einer im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten telefonischen Befragung ist tatsächlich von 165 Möbelherstellern auszugehen, da in der amtlichen Statistik beispielsweise auch Hersteller von Matratzen, von Sitzen für Luft- und Kraftfahrzeuge und Möbelzulieferer aufgeführt sind. Diese Unternehmen bleiben in der empirischen Erhebung, die in

Abschnitt 3.4 näher erläutert wird, unberücksichtigt. Die Differenzierungsmöglichkeiten der Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen sind beschränkt, so dass sie lediglich die Nichtberücksichtigung der Matratzenhersteller zulassen. In allen weiteren Datenquellen – ausgenommen sind diejenigen des Hauptverbandes der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e. V. (HDH) – sind ebenfalls nicht ausschließlich reine Möbelhersteller aufgeführt.

Anteile von 12,8% der Beschäftigten und 11,6% des Gesamtumsatzes im verarbeitenden Gewerbe Ostwestfalen-Lippes im Jahr 2002 belegen die Bedeutung der Möbelindustrie für die Untersuchungsregion. Die Möbelindustrie beschäftigt im Jahr 2002 nahezu 27.000 Personen. Werden in Anspruch genommene Dienstleister (z. B. spezielle Logistikunternehmen für den Möbeltransport) und Hersteller von Zuliefererprodukten hinzugerechnet, vergrößert sich die Bedeutung der Möbelindustrie für OWL um ein Vielfaches. Im Holzgewerbe beispielsweise, einer Zulieferbranche der Möbelindustrie, sind 2002 nahezu 10.000 Personen beschäftigt.

Entwicklung der Beschäftigung

Abbildung 2: Veränderung der Beschäftigtenzahlen in NRW und OWL in der Möbelindustrie (MI) und im verarbeitenden Gewerbe (VG) in OWL von 1995 bis 2002



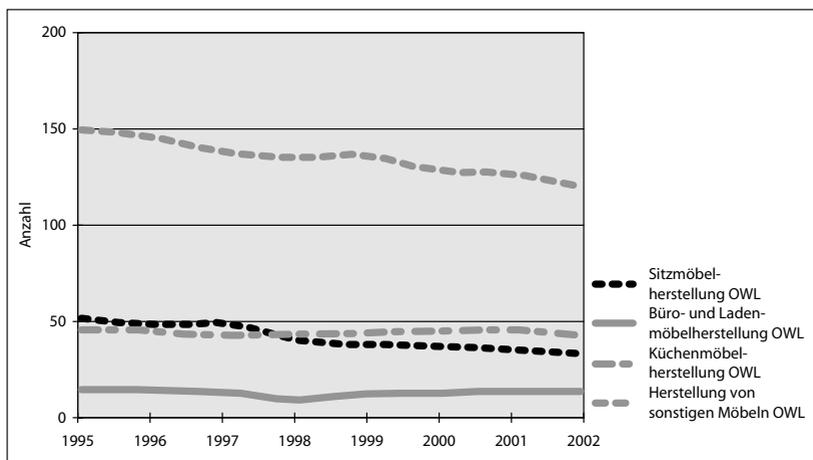
Quelle: LDS NRW 2004a: Sonderauswertung, eigene Berechnung (1995-2002).

Ein Vergleich der Beschäftigtenzahlen zeigt in den letzten Jahren sowohl in OWL als auch in NRW einen starken Beschäftigungsabbau in der Möbelindustrie. Allein 2002 werden in OWL 6,6% der Beschäftigten entlassen, von 1995 bis 2002 insgesamt 24,6% der Beschäftigten. Im verarbeitenden Gewerbe werden in OWL dagegen im gleichen Zeitraum nur 10,5% der Beschäftigten freigesetzt.

Mit 33,8% Beschäftigungsrückgang sind die Hersteller von sonstigen Möbeln in OWL besonders stark betroffen: d. h. die Hersteller von Ess-, Wohn- und Schlafzimmern Möbeln und z. B. Möbelveredler. In dieser Teilbranche sind, im Verhältnis zu den anderen Teilbranchen, die meisten Personen beschäftigt. Vom Beschäftigtenabbau prozentual am stärksten betroffen sind mit 36,3% die Büro- und Ladenmöbelhersteller; sie nehmen aber in OWL nur eine untergeordnete Rolle ein. Mit nur 8,7% fällt der Beschäftigungsabbau bei den Herstellern von Küchenmöbeln, einer in OWL sehr bedeutenden Teilbranche, am geringsten aus.

Veränderungen der Unternehmensanzahl

Abbildung 3: Veränderung der Anzahl der Unternehmen in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie von 1995 bis 2002



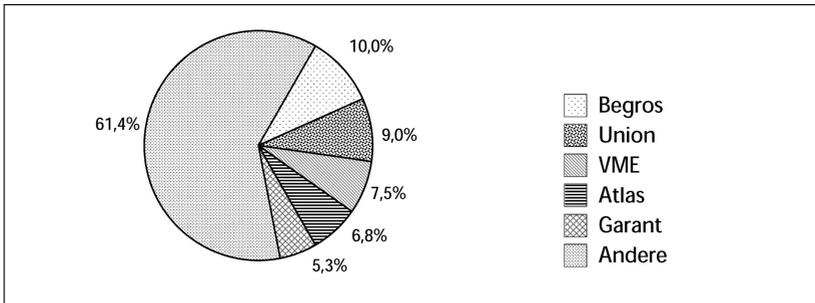
Quelle: LDS NRW 2004a: Sonderauswertung, eigene Berechnung (1995-2002).

Im Jahr 2002 sind die Hersteller von sonstigen Möbeln in OWL mit 120 Unternehmen am häufigsten vertreten. 1995 sind es immerhin noch 150 Unternehmen. Die zweitgrößte Gruppe in OWL bilden 2002 die Hersteller von Küchenmöbeln. Ihre Anzahl schrumpft zwischen 1995 und 2002 um nur drei Unternehmen. Die Anzahl

der Sitzmöbelhersteller in OWL geht in den Jahren von 1995 bis 2002 um 18 auf 33 Unternehmen zurück. Dies ist mit 35,3 % der prozentual stärkste Rückgang. Die kleinste Gruppe der Möbelhersteller in OWL bilden 2002 die Büro- und Ladenmöbelhersteller mit 13 Unternehmen.

Marktanteile der Möbeleinkaufsverbände

Abbildung 4: Die Marktanteile (Möbelumsätze in Deutschland) der fünf größten Möbeleinkaufsverbände im Vergleich (2003)



Quelle: Ferdinand Holzmann Verlag 2004: 25 (2003; die Verbandswechsel Ende 2003 blieben unberücksichtigt).

Viele Möbelhäuser haben sich Einkaufsverbänden angeschlossen, die den Einkauf zentral organisieren. Durch die Konzentration auf der Händlerseite ist in erheblichem Umfang Nachfragemacht entstanden, wodurch die Möbelhersteller bei Verhandlungen über Preise und Neuentwicklungen von Produkten unter Druck geraten sind. Auf die fünf größten Möbeleinkaufsverbände entfallen im Jahr 2003 38,6% des Marktanteils. Beispielsweise besitzt der größte Möbeleinkaufsverband (Begros) einen Marktanteil von 10% (Ferdinand Holzmann Verlag 2004: 25). Der Marktanteil der zehn größten Möbeleinkaufsverbände beträgt rund 60% des Gesamtmöbelumsatzes.

Die größten deutschen Möbelhandelsunternehmen sind nach ihrer Größe geordnet: IKEA Deutschland, KarstadtQuelle AG, Höffner/Möbel Walther, Porta Möbel und Segmüller. IKEA Deutschland und Höffner/Möbel Walther sind nicht in einem Einkaufsverband organisiert (Ferdinand Holzmann Verlag 2004: 21). Sie besitzen jedoch aufgrund ihres Gesamtumsatzes und ihres Filialnetzes auch ohne Verbandsorganisation eine große Nachfragemacht.

Umsatzentwicklung nach Teilbranchen

Tabelle 2: Veränderung (in Prozent) der Gesamtumsätze sowie der Inlands- und Auslandsumsätze der Möbelhersteller von 1995 bis 2002 nach Gebietseinheiten

| Herstellung von: | Umsatz 1995-2002 | | | Inlandsumsatz 1995-2002 | | | Auslandsumsatz 1995-2002 | | |
|-------------------------|---------------------|-------|-------|----------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|
| | BRD | NRW | OWL | BRD | NRW | OWL | BRD | NRW | OWL |
| Sitzmöbel | 17,1 | -1,1 | -17,4 | -11,9 | -8,3 | -27,0 | 51,7 | 38,4 | 23,0 |
| Büro- und Ladenmöbel | -16,4 | -44,1 | -36,9 | -19,2 | -43,1 | -38,4 | 9,6 | -50,7 | -21,8 |
| Küchenmöbel | -11,8 | -1,2 | -5,5 | -22,3 | -12,2 | -16,5 | 58,2 | 67,1 | 61,1 |
| Sonstige Möbel | -22,4 | -28,6 | -33,8 | -29,6 | -33,1 | -38,3 | 31,3 | 12,0 | 5,0 |

Quelle: LDS NRW 2004a: Sonderauswertung, eigene Berechnung (1995-2002).

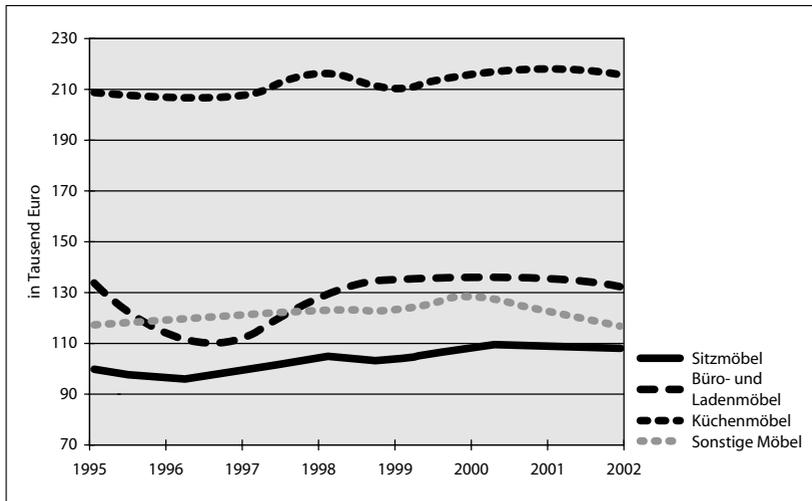
Die in OWL am stärksten vertretene Gruppe, die Hersteller von sonstigen Möbeln, verzeichnet neben den Herstellern von Büro- und Ladenmöbeln zwischen 1995 und 2002 die größten Umsatzeinbußen (33,8 % bzw. 36,9 %). Die Hersteller sonstiger Möbel in OWL können den Rückgang der Inlandsumsätze (38,3 %) trotz eines Zuwachses der Auslandsumsätze (5 %) nicht kompensieren, da die Auslandsumsätze im Jahr 2002 lediglich 16,4 % des Gesamtumsatzes ausmachen.

Den geringsten Umsatzrückgang zwischen 1995 und 2002 verzeichnet die Gruppe der Küchenmöbelhersteller (5,5 %). Im Inland fallen zwar auch deren Umsätze (16,5 %), jedoch kompensieren sie diese Einbußen teilweise mit einem Zuwachs der Auslandsumsätze (61,1 %). Der Anteil der Auslandsumsätze am Gesamtumsatz macht 2002 immerhin 24,2 % aus.

Die Sitzmöbelhersteller in OWL erfahren zwischen 1995 und 2002 einen Umsatzrückgang von 17,4 %. Betrachtet man dagegen die Sitzmöbelhersteller in der Bundesrepublik (BRD), so erzielen diese im gleichen Zeitraum eine Umsatzsteigerung von 17,1 %. Nach Aussage der Experten ist die gegenläufige Entwicklung auf die unterdurchschnittliche Produktion von Kfz-Sitzen in OWL zurückzuführen. Insbesondere die Hersteller von Kfz-Sitzen verzeichnen zwischen 1995 und 2002 Umsatzsteigerungen.

Arbeitsproduktivitäten nach Teilbranchen

Abbildung 5: Arbeitsproduktivität (Umsatz pro Beschäftigten) von 1995 bis 2002



Quelle: LDS NRW 2004a, Sonderauswertung, eigene Berechnung (1995-2002).

Die Arbeitsproduktivitäten der einzelnen Teilbranchen unterscheiden sich erheblich. Die Sitzmöbelherstellung hat im Jahr 2002 die geringste Arbeitsproduktivität mit 107.600 Euro pro Beschäftigten. Die mit Abstand höchste Arbeitsproduktivität hat die Küchenmöbelindustrie: Sie erzielt im Jahr 2002 einen Umsatz von 216.100 Euro pro Beschäftigten. Der hohe Automatisierungsgrad in der Produktion kann als Grund hierfür angeführt werden (IG Metall 2000: 19).³ Nach Aussage der Experten hat in der Küchenmöbelindustrie bereits eine Marktberreinigung stattgefunden, die den anderen Möbelteilbranchen vermutlich noch bevorsteht.

In der Büro- und Ladenmöbelherstellung und in der Herstellung sonstiger Möbel werden im Jahr 2002 Umsätze von 132.300 Euro bzw. 116.800 Euro pro Beschäftigten getätigt. Im Zeitraum 2000 bis 2002 gehen in allen Teilbranchen die Arbeitsproduktivitäten zurück. Dies hängt vor allem mit den starken Umsatzrückgängen in diesen Jahren zusammen, die nicht durch innerbetriebliche Rationalisierungsmaßnahmen, also auch nicht durch einen Beschäftigungsabbau, kompensiert werden können.

3 Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in den Umsätzen der Küchenmöbelhersteller ebenfalls die Elektrogeräte (Herde, Kühlschränke, Geschirrspüler etc.) als Handelsware enthalten sind.

Hauptimport- und Hauptexportländer der deutschen Möbelhersteller

Tabelle 3: Hauptimport- und Hauptexportländer Deutschlands 2001

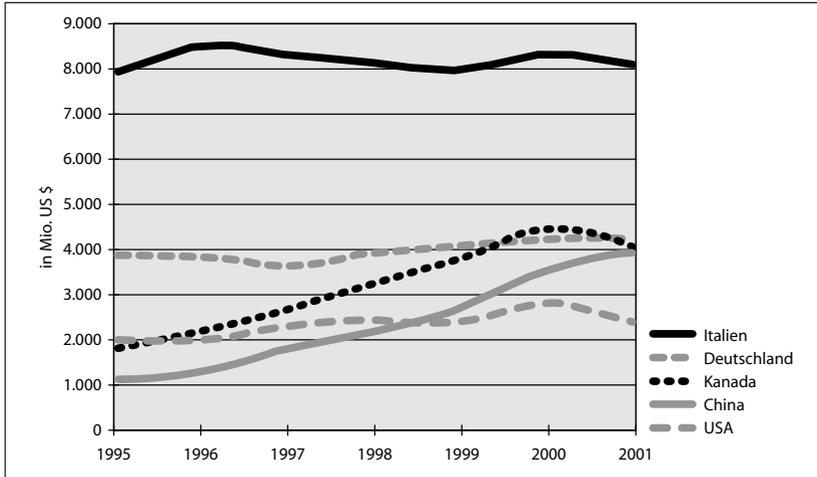
| Exporte | | Importe | |
|-----------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Niederlande | 17% | Polen | 20% |
| Österreich | 12% | Italien | 14% |
| Schweiz | 12% | Tschechische Republik | 8% |
| Frankreich | 11% | Dänemark | 6% |
| Belgien | 10% | Österreich | 5% |
| Sonstige Länder | 38% | Sonstige Länder | 47% |
| Insgesamt | 4,2 Mio. US \$ | Insgesamt | 5,8 Mio. US \$ |

Quelle: Centro Studi Industria Leggera 2003 (Csil 2003): 47f (2001).

Mit 17 % aller Möbelexporte sind im Jahr 2001 die Niederlande das Hauptexportland für deutsche Möbel. Es werden Möbel für insgesamt 4,2 Mrd. US-\$ exportiert. Der Exportanteil an den Umsätzen beträgt 27 %. Im Vergleich zu Italien mit einem Exportanteil von 46 % ist der Exportanteil Deutschlands relativ gering. Polen, woher mit 20 % die meisten Möbelimporte Deutschlands stammen, besitzt sogar einen Exportanteil von 84 %. Es werden Möbel für insgesamt 5,8 Mio. US-\$ importiert. Der Importanteil aller in Deutschland nachgefragten Möbel beträgt 37 %. In Deutschland werden also mehr Möbel importiert als exportiert.

Veränderungen der Möbelexporte der größten Möbelexportländer

Abbildung 6: Veränderungen der Möbelexporte in den größten Möbelexportländern von 1995 bis 2001

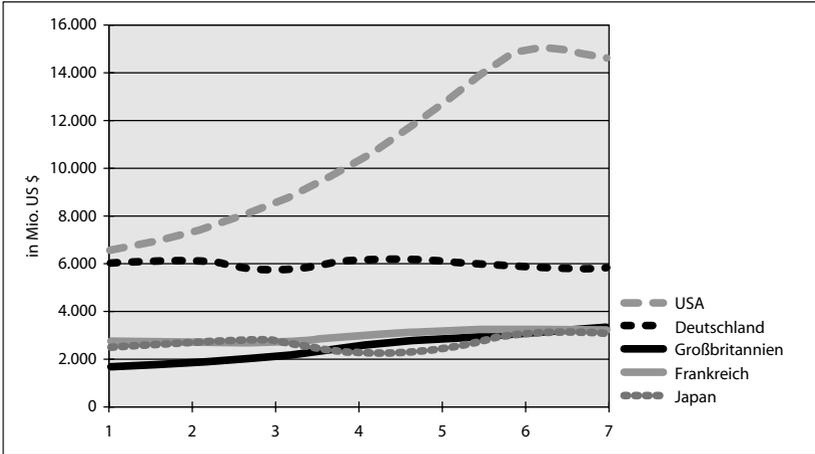


Quelle: Csil 2003: 40 (1995-2001).

Italien ist 2002 das größte Möbelexportland mit Möbelexporten im Wert von 8,1 Mrd. US-\$. In den Jahren zwischen 1995 und 2002 gibt es keine wesentliche Zu- oder Abnahme der Möbelexporte aus Italien. Kanada und China, zwei an Bedeutung gewinnende Möbelexportländer, können in diesem Zeitraum den Möbelexport stark ausweiten. Die Möbelexporte Kanadas steigen von 1995 bis 2000 um mehr als das Doppelte kontinuierlich an und liegen 2001 mit 4 Mrd. US-\$ nur knapp unter dem Niveau Deutschlands, dem zweitgrößten Möbelexportland. China kann seine Möbelexporte zwischen 1995 und 2002 auf 3,9 Mrd. US-\$ mehr als verdreifachen. Die deutschen Möbelexporte nehmen zwischen 1995 und 2001 dagegen nur um 386 Mio. US-\$ zu.

Veränderungen der Möbelimporte der größten Möbelimportländer

Abbildung 7: Veränderungen der Möbelimporte in den größten Möbelimportländern zwischen 1995 bis 2001



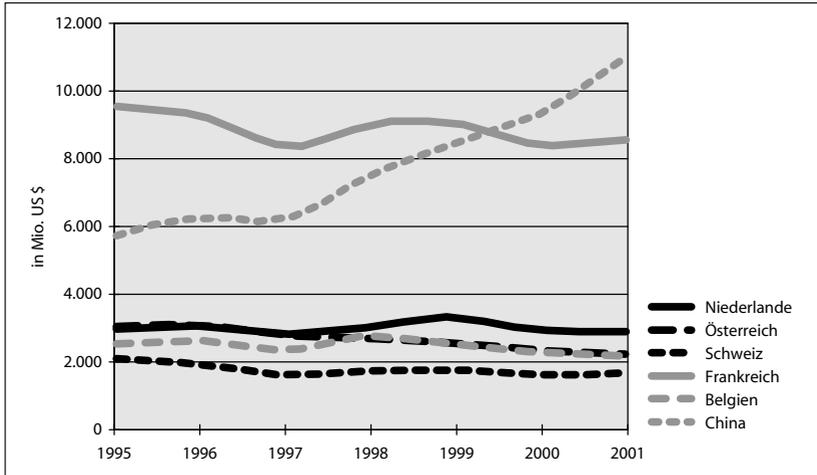
Quelle: Csil 2003: 40 (1995-2001).

Das Möbelimportvolumen im größten Möbelimportland, den Vereinigten Staaten von Amerika, hat sich zwischen 1995 und 2001 auf 14,6 Mrd. US-\$ erhöht und damit mehr als verdoppelt. Ein Grund für den starken Zuwachs dürfte der Import von Möbeln aus China sein. 53% aller chinesischen Möbelexporte werden in die Vereinigten Staaten exportiert (Csil 2003: 59). In allen weiteren großen Möbelimportländern sind die Möbelimporte weniger stark gestiegen und zeitweise, wie z. B. in Deutschland, sogar leicht zurückgegangen. Lediglich in Großbritannien haben sich die Möbelimporte zwischen 1995 und 2002 auf 3,3 Mrd. US-Dollar mehr als verdoppelt.

Nach Meinung der Experten ist Deutschland, auch aufgrund seiner hohen Pro-Kopf-Nachfrage nach Möbeln, ein für chinesische Möbelhersteller interessanter Zukunftsmarkt.

Gesamtmöbelkonsum nach Hauptexportländern der BRD

Abbildung 8: Gesamtmöbelkonsum (Produktion abzgl. Export zzgl. Import) nach Hauptexportländern der BRD zwischen 1995 bis 2001



Quelle: Csil 2003: 54ff (1995-2001).

In den Hauptexportländern Deutschlands (Niederlande, Österreich, Schweiz, Frankreich, Belgien) geht der Möbelkonsum zwischen 1995 und 2001 leicht zurück. Dagegen hat sich der Möbelkonsum in China von 5.8 Mrd. US-\$ (1995) auf 11 Mrd. US-\$ (2001) nahezu verdoppelt, obwohl der Pro-Kopf Konsum an Möbeln in China mit 9 US-\$ pro Kopf weit unter dem Durchschnitt der entwickelten Länder mit 169 US-\$ pro Kopf liegt (Csil 2003: 34). Mit Wachstumsraten des Möbelkonsums von jeweils 6% in den Jahren 2002 und 2003 ist China ein Zukunftsmarkt auch für Möbelexporte aus Deutschland (Csil 2003: 59).

Die Transportkosten für Möbel von Deutschland nach China sind gering. Der Transport von Möbeln von Deutschland nach China kostet je Möbeleinheit ungefähr so viel wie der Transport von Hamburg nach München. Im Gegensatz dazu sind die Transportkosten von China nach Hamburg fünfmal so hoch (Demuth 2004). Grund hierfür ist nach Aussage der Experten die Auslastung der Frachtschiffe, die den Seeweg zwischen China und Deutschland befahren. Es werden vergleichsweise mehr Güter von China nach Deutschland transportiert als von Deutschland nach China. Die Frachtkosten für Möbeltransporte nach China sind deswegen vergleichsweise gering, weil die Transportunternehmen die Anzahl der Leerhinfahrten minimieren wollen und daher bei den Frachtraten Zugeständnisse machen.

3.2.2 Stärken und Risiken der Möbelindustrie und Einschätzung der Standortattraktivität

Stärken der Möbelindustrie

Tabelle 4: Stärken der Möbelindustrie aus Unternehmenssicht in NRW

| Stärken der Möbelindustrie in NRW | | Anteil |
|------------------------------------------------|---------------------------------|--------|
| Standort & Lage | | 0% |
| Mitarbeiterpotenziale | | 6% |
| Kapitalausstattung | | 1% |
| Innovationskraft | | 6% |
| Alleinstellung/Patentrechte | | 7% |
| Rohstoffbeschaffung | | 0% |
| Fertigung | Technologisches Know-how | 6% |
| | Fertigungskapazitäten | 3% |
| | Fertigungsprozesse/Flexibilität | 68% |
| Kostenstrukturen/ Preis-Leistungsverhältnis | | 8% |
| Leistungsprogramm | Produkt | 41% |
| | Qualität | 34% |
| | Service | 20% |
| | Design | 11% |
| Kundenstrukturen | | 3% |
| Marken- & Firmenimage | | 6% |
| Vermarktungsprozesse | | 17% |

Quelle: HDH 2002a: 90, Datenbasis: n=119 (2002).

Tabelle 4 enthält die Einschätzungen der Möbelhersteller in NRW auf die vom Hauptverband der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e. V. (HDH) in einer umfassenden Untersuchung offene formulierte Frage: »Wo sehen Sie für Ihr Unternehmen die besonderen Stärken?« (HDH 2002b: 15). In der HDH-Untersuchung werden alle Möbelhersteller in NRW angeschrieben. Die Ergebnisse gelten insbesondere auch für die Untersuchungsregion OWL, weil dort die meisten Möbelhersteller Nordrhein-Westfalens ansässig sind. Da der HDH seine Frage offen formuliert und die Antworten der Unternehmen daher spontan erfolgen, können die Antworten nicht ohne weiteres als verlässlich angesehen werden. Mit dieser Einschränkung erlauben sie jedoch insoweit Rückschlüsse auf die Stärken der nordrhein-westfälischen und damit auch der ostwestfälisch-lip-

pischen Möbelindustrie, wie sie von den befragten Unternehmen selbst wahrgenommen werden.

Etwa zwei Drittel der Befragten erkennen besondere Stärken in der Flexibilität und Vielseitigkeit ihrer Fertigung sowie in den Fertigungsprozessen im Allgemeinen. Hervorzuheben sind folgende Äußerungen (HDH 2002a, S.91):

- Möglichkeiten zur Erfüllung individueller Kundenwünsche und Sonderanfertigungen,
- Möglichkeiten zur Produktion kleiner Serien bis hin zur Losgröße eins,
- Effizienz der Unternehmensorganisation und der Fertigungsprozesse,
- Gestaltungsmöglichkeiten bei der Fertigungstiefe,
- Möglichkeit zur flexiblen Erneuerung der Produktpalette.

Im Leistungsprogramm der Unternehmen wird eine weitere Stärke erkannt. 41 % der Unternehmer sehen in ihrem Produkt eine wesentliche Stärke. In den vom HDH durchgeführten Experteninterviews werden die Vielfalt der Produkte sowie die Programmtiefe und -breite als wesentliche Stärken herausgestellt (HDH 2002a: 91).

Die Qualität der Produkte war und ist nach wie vor eine Stärke der ansässigen Möbelhersteller (34 % nennen diesen Grund). In den Experteninterviews relativiert sich diese Aussage, da die ausländischen Möbelhersteller durch moderne Maschinen zunehmend Produkte vergleichbarer Qualität produzieren. Deswegen dürfte dieser Wettbewerbsvorteil zukünftig weniger bedeutend sein (HDH 2002a: 91).

Die Kundenorientierung der Möbelhersteller nimmt zukünftig weiter zu. Jeder fünfte Unternehmer nennt Service als Stärke. Damit sind kurze und flexible Lieferzeiten, ein besonderer Lieferservice sowie Termintreue gemeint (HDH 2002a: 91). Das Möbeldesign ist nur für 11 % der Unternehmer ein Stärkemerkmale. In der Befragung wird deutlich, dass ein gutes Design aufgrund des geringen Markenschutzes nur bedingt eine Stärke ist. Das Design lässt sich nicht dauerhaft schützen, weil es schnell kopiert wird (HDH 2002a: 91). Für 17 % der Unternehmer stellen die Vermarktungsprozesse eine Stärke dar (HDH 2002a: 92). Alle anderen aufgeführten Gründe sind für die Unternehmer eher von untergeordneter Bedeutung.

Die Untersuchung des HDH macht deutlich, dass keiner der Befragten die regionale Konzentration der Möbelindustrie und ihrer Zulieferindustrien in NRW als Wettbewerbsvorteil des eigenen Unternehmens ansieht. Allerdings können aus einer derartigen Konzentration erhebliche Vorteile erwachsen, sowohl in Form von vertikalen als auch von horizontalen Kooperationen und Netzwerken. Die Untersuchung des HDH bestätigt somit indirekt die Einschätzung der Experten, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung für OWL befragt werden: Diese Experten äußern explizit, dass den Unternehmen der Möbelindustrie und ihrer Zulieferindustrien die

in regionalen Kooperationen und Netzwerken liegenden Potenziale nur sehr begrenzt bewusst sind.

Risiken der Möbelindustrie

Tabelle 5: Risiken der Möbelindustrie aus Unternehmenssicht in NRW

| Mögliche Risiken | Anteil |
|-----------------------------------------------------------|---------------|
| Hohe Produktionskosten, ungünstige Kostenstruktur | 35% |
| Kapitalausstattung | 7% |
| Unternehmensgröße | 2% |
| Beschaffung | 3% |
| Absatz | 22% |
| Mangelnde Produktinnovationen | 3% |
| Inländischer Verdrängungswettbewerb, Überkapazitäten | 7% |
| Auftreten inländischer Anbieter mit Wettbewerbsvorteilen | 2% |
| Auftreten ausländischer Anbieter mit Wettbewerbsvorteilen | 22% |
| Ruinöser Preiswettbewerb | 25% |
| Konjunktureller Nachfragerückgang | 7% |
| Dauerhafter Nachfragerückgang | 9% |
| Rahmenbedingungen | 14% |
| Schlechte Wirtschaftslage, Konjunktur | 21% |

Quelle: HDH 2002a: 94, Datenbasis: n=107 (2002).

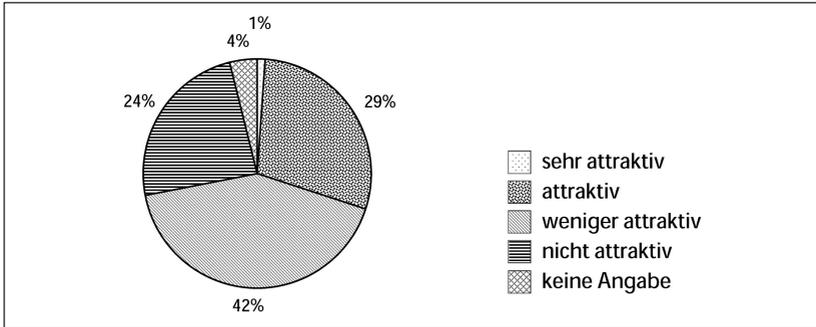
Auf die offen formulierte Frage »Wo sehen Sie für Ihr Unternehmen die größten Risiken?« nennen 35 % der Unternehmen in der HDH-Untersuchung die hohen Produktionskosten und die ungünstige Kostenstruktur als größtes Risiko (HDH 2002b: 15). Vor allem die vergleichsweise hohen Lohn- und Lohnnebenkosten sowie die Steuern und Abgaben sind Gründe für diese Einschätzung.

Den ruinösen Preiswettbewerb betrachtet jeder vierte Unternehmer als weiteres großes Risiko. Verstärkt wird dieser Preiswettbewerb durch das Auftreten ausländischer Anbieter mit Wettbewerbsvorteilen, die von 22 % der Unternehmer als Risiko angesehen werden. Dagegen erkennen nur 7 % der Unternehmer im inländischen Verdrängungswettbewerb auf Grund existierender Überkapazitäten ein Risiko (HDH 2002a: 94). Als Grund für den ruinösen Preiswettbewerb lässt sich auch die Konzentration des Möbelhandels anführen, der sich zu Einkaufsverbänden zusammengeschlossen hat. 22 % der Unternehmer erkennen im Absatz ein Risiko. Durch Billigimporte, vor allem aus Osteuropa und Asien, wird der Kostendruck auf die nord-

rhein-westfälischen Hersteller verstärkt (HDH 2002a: 94). 21 % der Befragten erkennen in der schlechten Wirtschaftslage weitere Risiken.

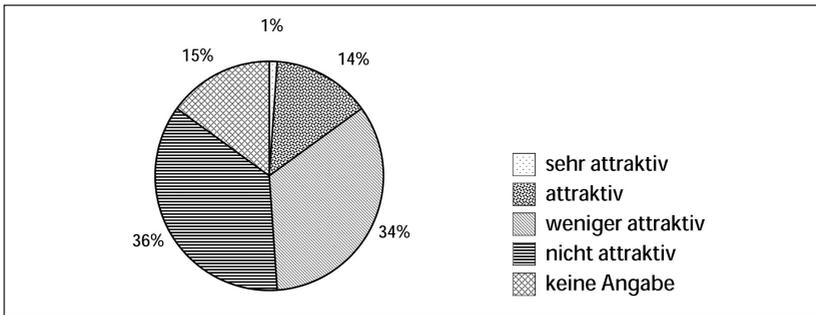
Standortattraktivität Nordrhein-Westfalens

Abbildung 9: Attraktivität des Standortes NRW für eine Produktionskapazitäts-erweiterung



Quelle: HDH 2002a: 99, Datenbasis: n=116 (2002).

Abbildung 10: Attraktivität des Standortes NRW für eine Unternehmens-neugründung



Quelle: HDH 2002a: 99, Datenbasis: n=116 (2002).

Nur 1 % der Unternehmer bezeichnet den Produktionsstandort NRW im Hinblick auf eine Ausweitung der Produktionskapazität als sehr attraktiv; 29 % bezeichnen ihn als attraktiv. Dagegen ist für einen Großteil der Standort NRW für eine Kapazitätserweiterung weniger attraktiv (42%) bzw. nicht attraktiv (24%). Ein noch schlechteres Bild zeichnet sich ab, wenn nach der Gründung eines neuen Standortes in NRW gefragt wird. Für 34 % bzw. 36 % der Befragten ist der Standort NRW für

die Neugründung eines Unternehmens weniger attraktiv oder nicht attraktiv. Nur 14% der Befragten beurteilen den Standort NRW für eine Neugründung als attraktiv, lediglich 1% als sehr attraktiv.

Als Gründe für die geringe Attraktivität werden die hohen Personal- und Lohnkosten und allgemein hohe Kosten und Abgaben angeführt. Positiv werden das Vorhandensein von Zulieferern und die gute Infrastruktur eingeschätzt (HDH 2002a: S.100).

3.3 INTERPRETATION DER ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER MÖBELINDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

Aus den vorstehenden Befunden wird deutlich, dass die Möbelbranche zum einen von großer Bedeutung für die Region OWL ist, dass sich für sie zum anderen aber das Wettbewerbsumfeld stark verändert hat. Die Theorie offener Systeme liefert eine allgemein formulierte Typisierung von Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes. Die Überlebensfähigkeit eines Unternehmens hängt vom Grad seiner Anpassung an den jeweiligen Typ des Wettbewerbsumfeldes ab (s. auch Abschnitt 2.2). Emery und Trist (1981: 250-254) beschreiben vier Typen des Wettbewerbsumfeldes, in denen sich Unternehmen befinden können:

1. »placid, randomized environment«,
2. »placid, clustered environment«,
3. »disturbed, reactive environment«,
4. »turbulent fields«.

Die ersten beiden Typen des Wettbewerbsumfeldes werden als ruhig, die letzten beiden als dynamisch und zunehmend veränderlich beschrieben, so dass sich der Anpassungsdruck auf die betroffenen Unternehmen entsprechend erhöht.

In dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, dass sich die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller im Übergang vom zweiten zum dritten Typ des Wettbewerbsumfeldes befinden. Beim zweiten Umgebungstyp wird das Wettbewerbsumfeld als ruhig, aber ungleichmäßig strukturiert beschrieben. Bei diesem Umgebungstyp ist strategisches Verhalten zum Überleben erforderlich, wie es in Modellen des unvollkommenen Wettbewerbs und der monopolistischen Konkurrenz analysiert wird (im Unterschied zum taktisch-adaptiven Verhalten bei dem ersten Umgebungstyp, der dem Modell der vollkommenen Konkurrenz entspricht). Strategisches Verhalten ist davon abhängig, dass das Unternehmen sein Wettbewerbsumfeld kennt, da die für die Geschäftstätigkeit relevanten Anreize und Sank-

tionen zwar zufällig verteilt sind, aber konzentriert auftreten, so dass die eigene Positionierung zu ihnen, insbesondere auch der Standort des Unternehmens, wichtig wird (Emery/Trist 1981: 251). Generell sind Ressourcen zu konzentrieren und deren Einsatz strategisch zu planen (z. B. durch die Konzentration auf Kernkompetenzen). In einem solchen Umgebungstyp wachsen die Unternehmen je nach dem Grad ihrer Anpassung, die Unternehmensorganisation wird hierarchisch und es entsteht die Tendenz hin zu zentraler Kontrolle und Koordination (Emery/Trist 1981: 252).

Den dritten Umgebungstyp bezeichnen Emery und Trist (1981: 252) als unruhiges, reaktives Wettbewerbsumfeld. Dieses entspricht der Situation auf oligopolistischen Märkten, auf denen mehrere artgleiche Unternehmen aktiv sind. Jedes Unternehmen ist sich bewusst, dass die anderen Unternehmen über das Wissen verfügen können, über das es selbst verfügt. Emery und Trist (1981: 252f.) führen als geeignete Verhaltensanpassung eine Mischung aus Taktik und Strategie ein: die Operation. Eine Operation in einem derartigen Wettbewerbsumfeld besteht aus aufeinander abgestimmten taktischen Initiativen unter Einbeziehung der Reaktionsmöglichkeiten der anderen Unternehmen und der darauf abgestimmten Gegenreaktionen. Um eine solche Operation durchführen zu können, ist ein großes Maß an Flexibilität erforderlich. Damit Flexibilität erreicht wird, sind dezentrale Entscheidungsprozesse notwendig, wodurch die Dauer und die Kosten der Entscheidungsfindung verringert werden. Durch Flexibilität entstehen Wettbewerbsvorteile, wobei neben Verdrängungsstrategien auch kooperative Strategien verfolgt werden können. Durch kooperative Strategien wird die Umgebung insoweit stabilisiert, wie Kooperationen oder auch Netzwerke mit anderen Unternehmen, mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers oder mit staatlichen Institutionen⁴ eingegangen werden. Deren Verhalten wird insoweit erwartbar.

Um die Typisierung des Wettbewerbsumfeldes zu vervollständigen: Turbulente Felder entstehen z. B. durch gleichsam explosionsartige Wirtschaftskrisen und so genannte technologische Revolutionen. Sie erfordern zur Bewältigung vor allem umfassende wirtschaftspolitische Maßnahmen zur Beruhigung der »Turbulenzen«.

Für die Möbelindustrie in OWL beginnt vermutlich Ende der 1980er bis Anfang der 1990er Jahre der Übergang vom zweiten zum dritten Typus des Wettbewerbs-

4 Wird im Folgenden auf Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und staatliche Institutionen verwiesen, so sind damit u. a. die regionalen Institutionen der Wirtschaftsförderung, die regionalen Universitäten, Fachhochschulen und weitere Bildungseinrichtungen, die Mittelstandsinstitute (Mittelstandsinstitut im Kreis Herford, Institut für den Mittelstand im Kreis Lippe), die Industrie- und Handelskammern, die Handwerkskammern, die Träger der Mitbestimmung und die Verbände gemeint.

umfeldes. Durch die EU-Osterweiterung und die darüber hinausgehende Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte geraten die Möbelhersteller in OWL aufgrund der erheblich geringeren Lohnkosten ausländischer Konkurrenten unter Wettbewerbsdruck. Zudem schließen sich immer mehr Möbelhäuser den Einkaufsverbänden an, so dass Nachfragemacht von Seiten der Einkaufsverbände aufgebaut wird.

Die deutsche Wiedervereinigung führt Anfang der neunziger Jahre kurzfristig zu einem Nachfragewachstum nach Möbeln (Hickl 1995: 69). Dieses verschleiert vermutlich die langfristige Entwicklung und die damit zusammenhängenden notwendigen Anpassungsmaßnahmen. Nach Aussage der Experten haben sich viele Möbelhersteller in OWL auf den ostdeutschen Markt eingestellt und die ausländischen Märkte vernachlässigt. Deswegen sind insbesondere in den 1990er Jahren Anteile an ausländischen Märkten verloren gegangen. Außerdem haben die Möbelhersteller es in OWL in diesen Jahren für notwendig gehalten, die Lohnkosten pro Stück zu senken und in größere, leistungsfähigere, auf einen großen Output ausgerichtete Maschinen zu investieren. Die Produktion großer Losgrößen ist nach Meinung der Experten in vielen Unternehmen ausgeweitet worden. Hickl bestätigt die Aussagen der im Rahmen dieser Untersuchung befragten Experten und führt aus, dass aufgrund der steigenden Inlandsnachfrage die Investitionstätigkeit der deutschen Möbelindustrie zwischen 1987 und 1992 zunimmt. Es werden »in erheblichem Maße zusätzliche Kapazitäten geschaffen« (Hickl 1995: 85). Seine Analyse ergibt außerdem, dass ein Großteil der Investitionen für Rationalisierungsmaßnahmen eingesetzt wird. Zu den Konsequenzen führt er aus: »Der Rückgang der Umsatzrenditen geht einher mit den Überkapazitäten vieler Hersteller, die auf einen Fortgang der sprunghaft gestiegenen Inlandsnachfrage gesetzt haben ... Zusammen mit dem verstärkten Importdruck und der gestiegenen Konzentration im Möbelhandel zwingt dies zu Preiszugeständnissen der Möbelproduzenten« (Hickl 1995: 87).

Nachdem Mitte der 1990er Jahre der ostdeutsche Markt für Möbel weitgehend gesättigt ist und die Möbelhersteller aus Osteuropa⁵ zunehmend Anteile am deutschen Möbelmarkt gewonnen haben, ist es nach Aussage der Experten notwendig geworden, kleinere Losgrößen zu produzieren. Um die Produktionskapazitäten auszulasten, sind neue Möbelmodelle entwickelt und produziert worden. Durch Auslagerungen u. a. von Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten an die Zulieferer haben die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller versucht, ihre Entwicklungskosten

5 Mit Möbelherstellern aus Osteuropa sind auch diejenigen deutschen Möbelhersteller gemeint, die Produktionsstätten in Osteuropa errichtet haben.

und -risiken zu verringern. Allerdings sind sie dadurch in eine technologische Abhängigkeit geraten (wachsende technologische Anbietermacht der Zulieferer).

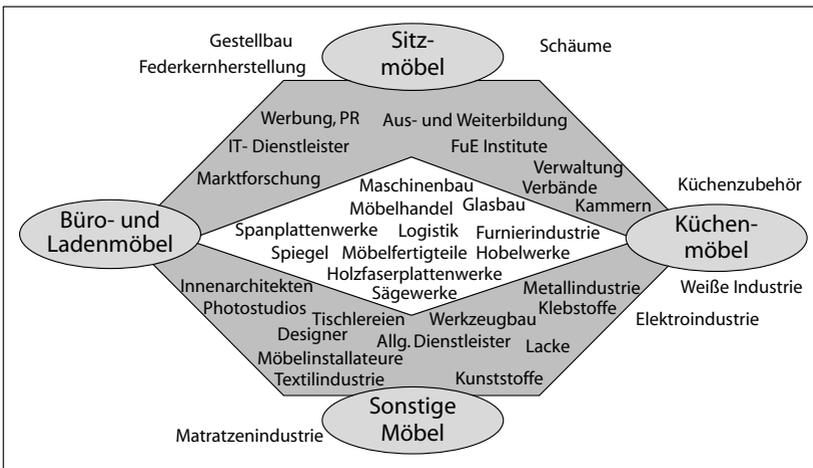
Nach Aussage der Experten sind durch die Produktion kleinerer Losgrößen höhere Rüstkosten und damit höhere Kosten in der Produktion angefallen, da die Maschinen auf die Produktion großer Losgrößen ausgerichtet und deswegen unflexibel sind. Die Stückkosten sind deswegen gestiegen und die Möbelhersteller aus Osteuropa und mittlerweile auch aus Asien haben weitere Marktanteile aufgrund ihrer niedrigeren Lohnkosten sowie der daraus resultierenden Stückkosten- und Preisvorteile gewonnen.

Nach Dibbern kann den zuvor skizzierten Veränderungen des Wettbewerbumfeldes durch das Eingehen von Kooperationen bis hin zur Bildung von Netzwerken begegnet werden: »Kleinen und mittleren Unternehmen bietet sich als Partnerunternehmen eines Unternehmensnetzwerkes die einzigartige Möglichkeit:

- ihre Kernkompetenzen herauszubilden,
- die Randaktivitäten spezialisierten Netzwerkpartnern und Dienstleistungsunternehmen zu überlassen und
- die Nähe von Unternehmen mit komplementären Kompetenzen zu suchen« (Dibbern 2002: 199).

Die Möglichkeiten hierzu sind aufgrund der Konzentration der Möbelhersteller, ihrer Zulieferer und der Institutionen in der Region OWL verstärkt gegeben.

Abbildung 11: Wertschöpfungskette der Möbelindustrie



Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an Sánchez/Rehfeld 2003: 49).

Im Hinblick speziell auf etwaige vertikale Kooperationen zeigt Abbildung 11 exemplarisch die Wertschöpfungskette der Möbelindustrie. Dargestellt sind die vier Teilbranchen Sitzmöbel, Küchenmöbel, Büro- und Ladenmöbel sowie sonstige Möbel. Die Raute im Zentrum der Abbildung stellt die wichtigsten Zulieferer von Zwischenprodukten und Maschinen dar. Der die Raute umgebende grau unterlegte Bereich stellt weitere Zulieferer von Zwischenprodukten, aber vor allem die für die Möbelindustrie wichtigen Dienstleister dar. Einige hauptsächlich für eine Teilbranche bedeutsame Spezialzulieferer werden im Außenbereich aufgeführt.

Es ist zu fragen, woher die Möbelhersteller die benötigten Zwischenprodukte, Maschinen und Dienstleistungen beziehen. Ist OWL für deren Bezug von besonderer Bedeutung oder werden sie deutschland-, europa- oder sogar weltweit bezogen? Weiterhin ist danach zu fragen, welche Kooperationen und Netzwerke es in den Funktionsbereichen Produktion, Vertrieb, Einkauf sowie Aus- und Weiterbildung sowohl auf horizontaler als auch auf vertikaler Ebene gibt bzw. welche Bedingungen die Bildung von Kooperationen und Netzwerken verhindern. Schließlich wird danach gefragt, ob es in den vergangenen Jahren eher zu einer Zunahme der Kooperationshäufigkeit gekommen ist, ob sie gleich geblieben ist oder ob sie abgenommen hat und welche Gründe es für die jeweilige Entwicklung gibt.

3.4 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG DER KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER MÖBELINDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

3.4.1 Methodisches Vorgehen

3.4.1.1 Klassifizierung der Grundgesamtheit

In der amtlichen Statistik (WZ 93) werden die Unternehmen der Möbelindustrie folgendermaßen klassifiziert:

- Herstellung von Sitzmöbeln (36.11),
- Herstellung von Büromöbeln (36.12),
- Herstellung von Küchenmöbeln (36.13),
- Herstellung von sonstigen Möbeln (36.14),
- Herstellung von Matratzen (36.15).

Die in der amtlichen Statistik aufgeführten Hersteller von Matratzen werden in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt, da sie als Teilezulieferer anzusehen sind. Weiterhin werden die Hersteller von Badmöbeln in der amtlichen Statistik unter der

Rubrik »Herstellung von sonstigen Möbeln« erfasst. Nach der Studie des Hauptverbandes der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e. V. (HDH 2002a: 39) ist die Produktion von Badmöbeln sehr eng mit der Produktion von Küchenmöbeln verknüpft. Deswegen werden die Bad- und Küchenmöbelhersteller in der vorliegenden Untersuchung zu einer Gruppe zusammengefasst. Die Rubrik »Herstellung von sonstigen Möbeln« wurde umbenannt und ergänzt durch die Gruppe der Kleinmöbelhersteller. Diese Rubrik wurde aussagekräftiger als »Wohn-/Schlaf-/Kleinmöbel« bezeichnet. Es werden keine Unternehmen erfasst, die reine Zulieferer der Möbelindustrie sind oder allein Möbelveredelung betreiben. So klassifiziert die WZ 93 unter dem Abschnitt 36.1 »Herstellung von Möbeln« auch reine Möbelveredler. Unter der Rubrik »Herstellung von Sitzmöbeln« werden nicht nur reine Polstermöbelhersteller erfasst, sondern auch Hersteller von sonstigen Sitzmöbeln. Darunter fallen die Hersteller von Sitzen für »Luft- und Kraftfahrzeuge«, die in der vorliegenden Untersuchung keine Berücksichtigung finden.

Für die Untersuchung wird die Klassifikation der amtlichen Statistik stärker differenziert und gekürzt. Um eine bessere Vergleichbarkeit mit der vom HDH durchgeführten »Cluster-Studie Forst & NRW« gewährleisten zu können, wird die in Tabelle 6 aufgeführte und in der Studie vom HDH verwendete Klassifikation übernommen.

Tabelle 6: Produktgruppen und Teilbranchen

| Produktgruppen | zusammengefasst in der Teilbranche |
|------------------------|-------------------------------------------|
| Polstermöbel | Polstermöbel |
| Büromöbel | Büro-/Objektmöbel |
| Objekt-/Ladenmöbel | |
| Küchen und Bäder | Küchen-/Badmöbel |
| Wohn-/Esszimmer | Wohn-/Schlaf-/Kleinmöbel |
| Schlafzimmer | |
| Babyzimmer | |
| Kinder-/Jugendzimmer | |
| Sitzmöbel und Tische | |
| Außen-/Gartenmöbel | |
| Klein- und Einzelmöbel | |

Quelle: HDH 2002a: 52.

3.4.1.2 Erhebungsmethodik und Rücklauf

Der schriftlichen Befragung mittels Fragebogen gingen Interviews von Experten der Möbelbranche voraus (erste Befragungsrunde). Ziel der Interviews war es, wichtige Erkenntnisse und Tendenzaussagen über die Möbelindustrie zu erhalten. Außerdem sollte der Fragebogen überprüft werden. Es wurden insgesamt zehn Experteninterviews mit Vertretern von Verbänden, Trägern der Mitbestimmung, Beratungseinrichtungen sowie mit Unternehmen der Möbelindustrie und der Möbelzulieferindustrie durchgeführt.

Insgesamt erhielten anschließend 175 Unternehmen der Möbelindustrie mit zehn und mehr Beschäftigten einen Fragebogen zugeschickt. Zusätzlich zu 165 Möbelherstellern in OWL wurden in die Grundgesamtheit auch zehn Möbelhersteller aus den Randgebieten Ostwestfalen-Lippes mit einbezogen, da sich Kooperations- und Netzwerkstrukturen über die Region OWL hinaus erstrecken können und diese ebenfalls mit abgebildet werden sollten. Zu den Randgebieten gehören die an OWL angrenzenden Kreise Warendorf und der Hochsauerlandkreis sowie Kreise in Niedersachsen, in denen ebenfalls eine Konzentration von Möbelherstellern zu beobachten ist. Insgesamt konnte ein Fragebogenrücklauf von 22,3 % realisiert werden. Das entspricht 39 ausgefüllten Fragebögen.

Nach Auswertung der zurückerhaltenen Fragebögen wurden 17 weitere Experteninterviews mit Vertretern von Verbänden, Trägern der Mitbestimmung, Beratungseinrichtungen, Unternehmen der Möbelindustrie und der Möbelzulieferindustrie sowie mit Netzwerkkoordinatoren durchgeführt (zweite Befragungsrunde). Dabei wurden einige Experten der ersten Runde erneut befragt. Ziel dieser Interviews war es, die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und deren Interpretation abzusichern.

3.4.1.3 Repräsentativität

Um zu überprüfen, ob und wie gut die zurückerhaltenen Fragebögen die Möbelbranche in OWL und möglicherweise darüber hinaus in Nordrhein-Westfalen abbilden, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Als Indikator für die Gebietseinheit OWL dienten die Beschäftigtenzahlen der Unternehmen, für die Gebietseinheit Nordrhein-Westfalen die Beschäftigten- und die Umsatzzahlen der Unternehmen. Zu prüfen war, ob die Verteilung der zurückerhaltenen Fragebögen hinsichtlich des Indikators Beschäftigtenzahlen der Verteilung aller in der Möbelindustrie tätigen Unternehmen in OWL entspricht. Darüber hinaus war zu prüfen, ob die Indikatoren Beschäftigtenzahlen und Umsatzzahlen der zurückerhaltenen Fragebögen mit der Verteilung aller in der Möbelindustrie tätigen Unternehmen in NRW übereinstim-

men. Dazu waren in einem ersten Schritt die Beschäftigtenzahlen und die Umsatzzahlen in Größenklassen einzuteilen.

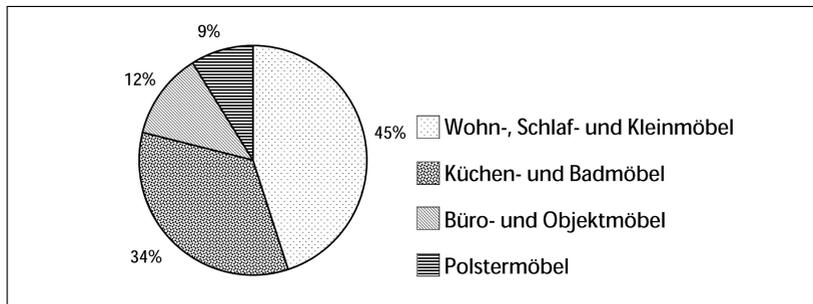
Für OWL wurde ein Chi-Quadrat-Wert von 9,176 für den Indikator Beschäftigtenzahlen bei einer Signifikanz von 16,4% ermittelt. Dieses Ergebnis spricht für die Repräsentativität der befragten Unternehmen. Für NRW wurde ein Chi-Quadrat-Wert von 7,393 für den Indikator Beschäftigtenzahlen bei einer Signifikanz von 28,6% ermittelt. Dieses Ergebnis spricht ebenfalls für die Repräsentativität der befragten Unternehmen. Für NRW wurde außerdem ein Chi-Quadrat-Wert von 8,070 für den Indikator Umsatzzahlen bei einer Signifikanz von 15,2% ermittelt. Dieses Ergebnis spricht noch deutlicher für die Repräsentativität der befragten Unternehmen.

Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests belegen insoweit, dass die Befragung sowohl die Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes als auch die Nordrhein-Westfalens repräsentativ abbildet.

3.4.2 Ergebnisse der Befragung

3.4.2.1 Allgemeine Angaben zur Möbelindustrie in OWL und NRW

Abbildung 12: Zusammensetzung der Möbelindustrie in OWL nach Teilbranchen

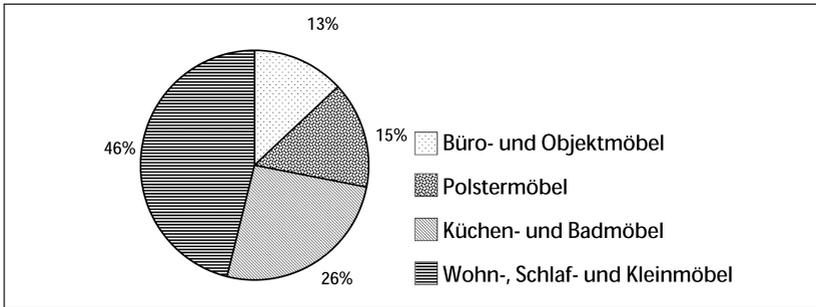


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=32.

Lesebeispiel:

12% der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller sind Hersteller von Büro- und Objektmöbeln.

Abbildung 13: Zusammensetzung der Möbelindustrie in NRW nach Teilbranchen

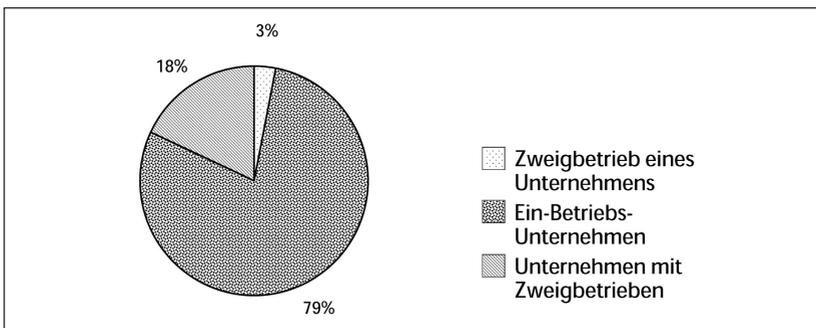


Quelle: HDH 2002a: 53, Datenbasis: n=351 (2002).

Mit 45 % stellen die Wohn-, Schlaf- und Kleinmöbelhersteller die größte Gruppe der Möbelhersteller in OWL dar. Die Küchen- und Badmöbelhersteller erreichen einen Anteil von 34 %, der – verglichen mit den Anteilen in NRW – relativ hoch ist. Dieses Ergebnis unterstreicht das große Gewicht der Küchenmöbelhersteller in OWL. Mit Anteilen von 12 % und 9 % sind die Büro- und Objektmöbelhersteller und die Polstermöbelhersteller weniger bedeutsam. Der Anteil der Badmöbelhersteller in OWL ist nach Aussage der Experten vernachlässigbar gering.

Auch in NRW haben die Hersteller von Wohn-, Schlaf- und Kleinmöbeln mit einem Anteil von 46 % die größte Bedeutung. Im Gegensatz zu OWL ist in NRW der Anteil der Küchen- und Badmöbelhersteller mit 26 % erheblich geringer. Dagegen besitzen die Polstermöbelhersteller mit 15 % und die Büro- und Objektmöbelhersteller mit 13 % ein höheres Gewicht.

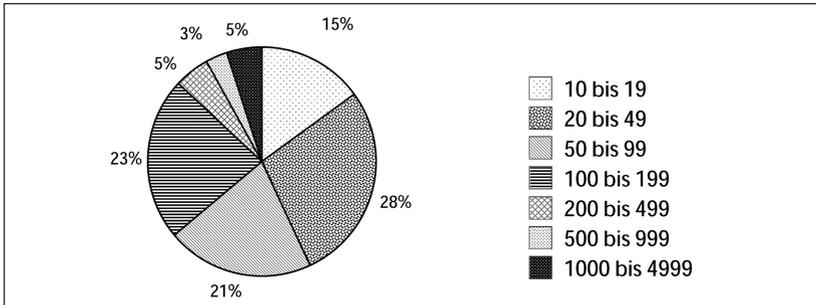
Abbildung 14: Organisationsformen der Unternehmen in OWL



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=39.

79% der in OWL ansässigen Möbelhersteller sind Einbetriebsunternehmen. Sie sind rechtlich eigenständig und daher im Gegensatz zu den Mehrbetriebsunternehmen – die einen oder mehrere Zweigbetriebe in OWL besitzen – hinsichtlich ihrer Handlungsfähigkeit vermutlich flexibler. 18% der Unternehmen besitzen Zweigbetriebe, wobei diese zum Großteil wiederum in OWL liegen. 3% der Unternehmen sind selbst Zweigbetrieb eines Unternehmens.

Abbildung 15: Anteile der Möbelhersteller in OWL nach Beschäftigtengrößenklassen

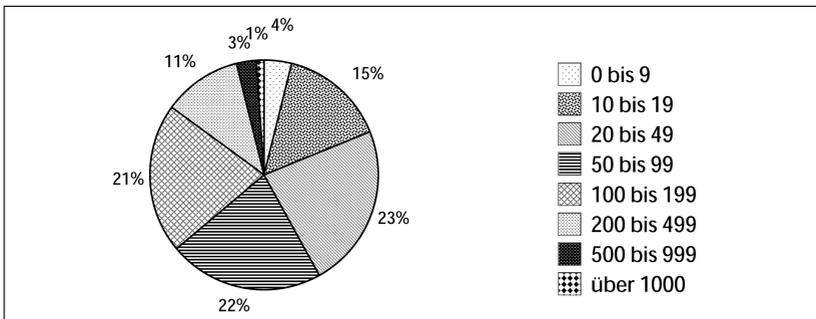


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=39.⁶

Lesebeispiel:

23% der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller haben 100 bis 199 Beschäftigte.

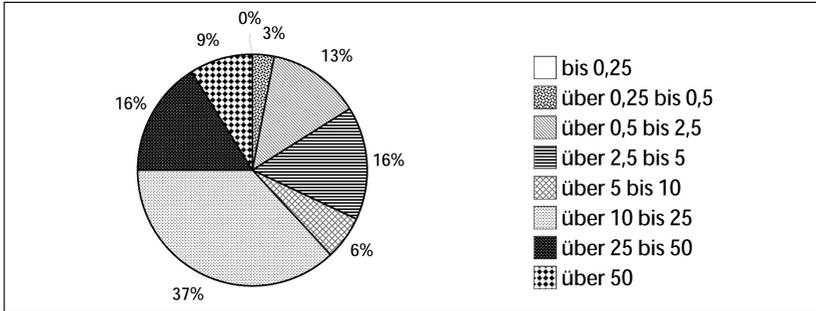
Abbildung 16: Anteile der Möbelhersteller in NRW nach Beschäftigtengrößenklassen



Quelle: HDH, Datenbasis: n= 358 (2002).

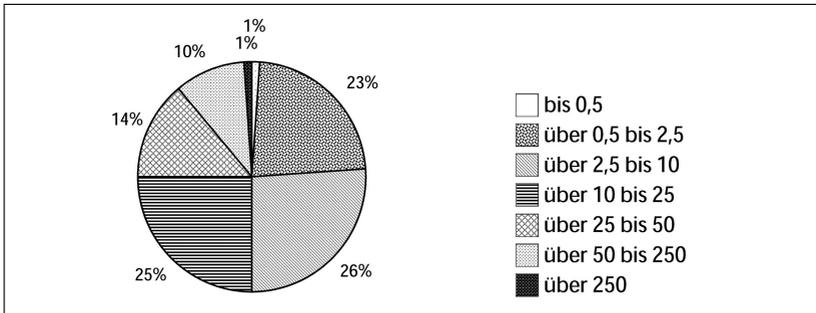
6 Zwei Unternehmen gaben an, dass sie weniger als 10 Personen beschäftigt haben. Diese beiden Unternehmen wurden in die Klasse der 10 bis 19 Beschäftigte eingeordnet, da nur Unternehmen mit mehr als neun Beschäftigten angeschrieben wurden und diese beiden zum Erhebungszeitpunkt einer höheren Klasse angehörten.

Abbildung 17: Anteile der Möbelhersteller in OWL nach Umsatzgrößenklassen



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=32.

Abbildung 18: Anteile der Möbelhersteller in NRW nach Umsatzgrößenklassen



Quelle: HDH 2002a, Datenbasis: n= 323 (2002).

Tabelle 7: Neue Mittelstandsdefinition des IfM Bonn

| Unternehmensgröße | Zahl der Beschäftigten | Umsatz Euro/Jahr |
|-------------------|------------------------|---------------------|
| klein | bis 9 | bis unter 1 Million |
| mittel | 10 bis 499 | 1 bis 50 Mio. |
| groß | 500 und mehr | 50 Mio. und mehr |

Quelle: Günterberg/Wolter 2002: 21.

Nach den Beschäftigtenzahlen ist die Möbelindustrie in OWL, die Klassifizierung des Instituts für Mittelstandsforschung in Bonn zugrunde legend, eindeutig mittelständisch geprägt. 92% der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller befinden sich in der Klasse der mittelständischen Unternehmen, wobei in der Gruppe der Unternehmen mit 200 bis 499 Beschäftigten lediglich 5% der Unternehmen zu finden

sind. 87 % der Möbelhersteller in OWL haben zwischen 10 und 199 Beschäftigte. Es handelt sich somit hauptsächlich um »kleine« mittelständische Unternehmen.

Die Möbelhersteller in NRW befinden sich ebenfalls zu 92% in der Klasse mittelständischer Unternehmen. Lediglich 4 % sind zu den kleinen Unternehmen zu zählen, die in der Erhebung der Möbelhersteller in OWL nicht erfasst wurden. Mit 11 % haben die Unternehmen mit 200 bis 499 Beschäftigten in NRW ein vergleichsweise höheres Gewicht als in OWL, wobei die Klasse der Unternehmen mit 1.000 und mehr Beschäftigten in OWL stärker vertreten ist. Tendenziell sind es in OWL die Küchen- und Badmöbelhersteller, die zu den Unternehmen mit einer größeren Beschäftigtenzahl gehören. Nach Aussage der Experten handelt es sich dabei in der Regel um die großen Küchenmöbelhersteller Ostwestfalen-Lippes.

Betrachtet man die Umsätze, so erwirtschaften im Durchschnitt der Jahre 1999-2002 37 % der Möbelhersteller in OWL einen Umsatz von 10 bis 25 Mio. €. In der darüber liegenden Klasse mit einem Umsatz von 25 bis 50 Mio. € befinden sich 16 % der Möbelhersteller. In der darunter liegenden Klasse mit einem Umsatz von 5 bis 10 Mio. € befinden sich mit 6 % erheblich weniger Möbelhersteller. Die Klasse mit einem Umsatz von 2,5 bis 5 Mio. € ist mit 16 % der Möbelhersteller besetzt, die Klasse mit einem Umsatz von 0,5 bis 2,5 Mio. € mit 13 %. In allen anderen Klassen sind 12 % der Möbelhersteller zu finden. Demnach gehören nach der Einteilung des Instituts für Mittelstandsforschung in Bonn 91 % aller in OWL ansässigen Möbelhersteller zur Gruppe der kleinen und mittelständischen Unternehmen mit einem Umsatz bis 50 Mio. €.⁷

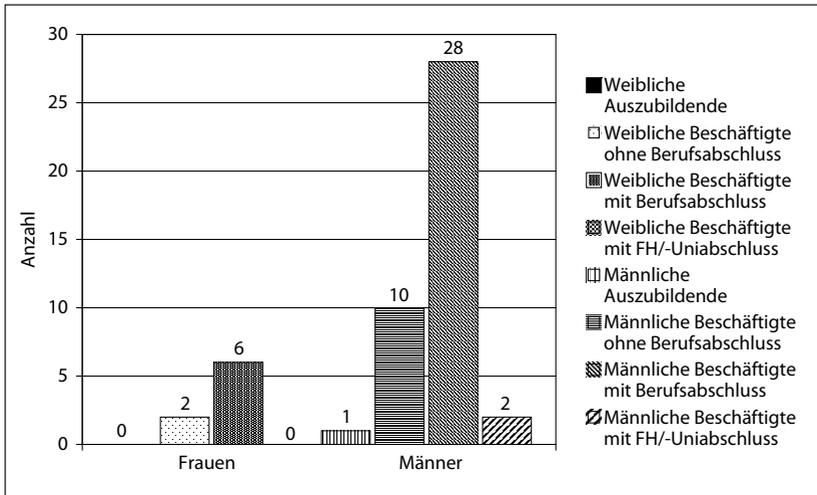
Die Möbelhersteller in NRW besitzen mit 26 % ihren Hauptanteil in einer kleineren Umsatzgrößenklasse (2,5 bis 10 Mio. Euro) als der Hauptanteil der Möbelhersteller in OWL (37 % in der Klasse 10 bis 25 Mio.). Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass in OWL ein größerer Anteil von Küchenmöbelherstellern angesiedelt ist und diese relativ beschäftigungs- und umsatzstark sind. Es sind vornehmlich die Küchen- und Badmöbelhersteller in OWL, die in der schriftlichen Befragung in den höheren Umsatzklassen zu finden sind.

Nach Meinung der Experten der ersten Runde ist die Mittelstandsprägung einer Kooperations- und Netzwerkbildung abträglich. Viele Möbelhersteller in OWL sind noch in erster Hand und aus kleinen Schreinereien entstanden. Die Unternehmer sind oft der Meinung, dass in Zukunft keine Kooperationen und Netzwerke erfor-

7 Eine Einordnung der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller in die Gruppen der kleinen und mittelständischen Unternehmen ist aufgrund der Aufteilung der Umsatzgrößenklassen nicht möglich. Da nur Unternehmen mit mehr als 10 Beschäftigten befragt wurden, wird im Folgenden einheitlich von den mittelständischen Möbelherstellern gesprochen.

derlich sind. Die Kooperationsaktivitäten sind, wie später gezeigt wird, tatsächlich gering. Die Experten der zweiten Runde erkennen in der starken Mittelstandprägung sowohl Wettbewerbsvorteile als auch Wettbewerbsnachteile. Wettbewerbsvorteile können sich aus der erhöhten Flexibilität der mittelständischen Unternehmen im Vergleich zu Großunternehmen ergeben. Die regionale Konzentration von Zulieferern, Dienstleistern und Möbelherstellern verstärkt diesen Wettbewerbsvorteil. Dennoch sind die Experten der Meinung, dass dieser Wettbewerbsvorteil nur unzureichend genutzt wird. Hierfür gibt es verschiedene Gründe, die in den folgenden Abschnitten und in Kapitel 4 näher analysiert werden.

Abbildung 19: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in OWL nach Qualifizierungsstufen (Median)



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 37 bis 39.

Tabelle 8: Anteil der jeweiligen Ausbildungsstufe an den Gesamtbeschäftigten in OWL

| | Anteil Auszubildende | Anteil Beschäftigte ohne Berufsausbildung | Anteil Beschäftigte mit Berufsausbildung | Anteil Beschäftigte mit Fachhochschul-/Universitätsabschluss |
|------------------------|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Möbelindustrie | 4,7% | 25,9% | 67,9% | 1,5% |
| Verarbeitendes Gewerbe | 4,4% | 25,3% | 64,4% | 5,8% |

Quelle: Sonderauswertung Bundesanstalt für Arbeit (2002).

Beim Vergleich der Anzahl der weiblichen und männlichen Beschäftigten überwiegen in OWL die männlichen Beschäftigten im Verhältnis vier zu eins. Ein Grund hierfür ist die traditionelle Vorstellung, welche die Möbelindustrie mit starker körperlicher Arbeit verbindet.

Auffällig ist in OWL der geringe Anteil der Beschäftigten mit Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Deren Anteil beträgt 1,5 % aller Beschäftigten. Er liegt deutlich unter dem Anteil des verarbeitenden Gewerbes mit 5,8 % aller Beschäftigten. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass die Möbelhersteller in OWL eine geringe Innovationsfähigkeit besitzen.

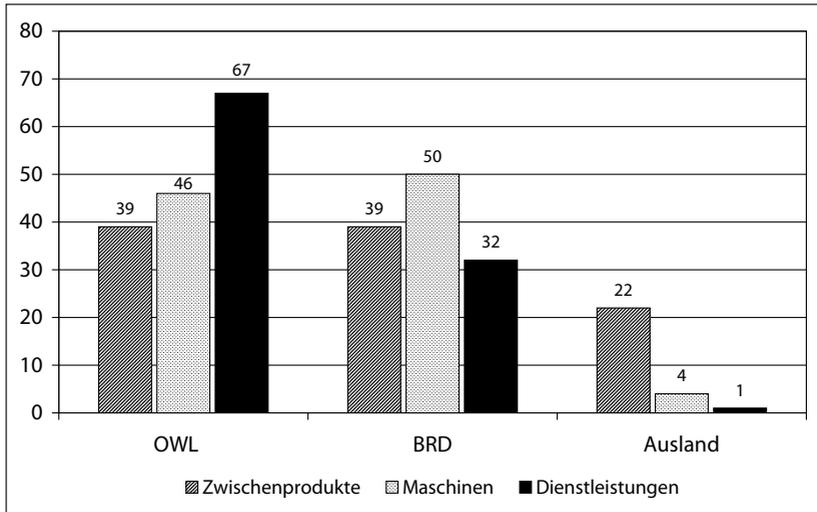
Die geringe Ausstattung mit Hochqualifizierten bestätigt die Hypothesen zum Einfluss der Unternehmensgröße, Unternehmensführung und Unternehmensorganisation auf die Bildung von Kooperationen und Netzwerken. Darin wird ausgeführt, dass mittelständische Unternehmen eine funktional und personell wenig ausdifferenzierte Organisation mit einem ausgeprägt hierarchischen Aufbau besitzen. Die Unternehmensführung ist durch eine geringe Spezialisierung und Arbeitsteilung charakterisiert. Nach Aussage der Experten sind die Qualifikationsvoraussetzungen und Befugnisse des mittleren Managements äußerst begrenzt. Die Entscheidungsbefugnis liegt in der Regel bei der Unternehmensführung.

Der Anteil der Auszubildenden an den Gesamtbeschäftigten (4,7 %) weicht nur unwesentlich vom Anteil im verarbeitenden Gewerbe ab (4,4 %). Allerdings bilden von 39 befragten Möbelhersteller 16 nicht aus. Die Qualifizierung der Beschäftigten ist jedoch für die Innovationsfähigkeit eines Unternehmens und darüber hinaus für diejenige einer Branche von besonderer Bedeutung. Nach Aussage der Experten ist insoweit ein Umdenken der Möbelhersteller erforderlich, als oft nur die Kosten der Ausbildung erkannt werden und nicht die durch eine Ausbildung erzielbaren Nutzen. Aus den Experteninterviews geht auch hervor, dass die Unternehmen häufig den Facharbeitermangel beklagen. Dieser Befund überrascht nicht, da ein Großteil der Unternehmen nicht ausbildet.

25,9 % der Beschäftigten sind ohne Berufsausbildung. Dieser Befund verdeutlicht, dass die Möbelindustrie in OWL angreifbar ist durch Unternehmen aus Billiglohnländern, die Möbel zu erheblich geringeren Kosten herstellen können. Vor allem die standardisierten Produktionsprozesse können in Billiglohnländer mit einem großen Anteil an geringqualifizierten Arbeitskräften verlagert werden.

3.4.2.2 Einkaufsbeziehungen

Abbildung 20: Prozentuale Verteilung der Einkäufe von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen nach Gebietseinheiten



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 29 bis 38.

Lesebeispiel:

67 % der von den ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern nachgefragten Dienstleistungen werden aus OWL bezogen.

Insgesamt werden in OWL ungefähr genauso viele Maschinen und Zwischenprodukte wie im übrigen Gebiet der BRD eingekauft. Beim Einkauf von Dienstleistungen ist OWL absolut führend in der Gunst der Möbelhersteller in OWL. Im Vergleich zum Ausland, als Herkunftsgebiet von Zwischenprodukten, aber vor allem von Maschinen und Dienstleistungen, besitzt OWL ein noch höheres Gewicht. Neben der prozentualen Betrachtung ist ebenfalls zu beachten, dass OWL von seiner Größe her ein verhältnismäßig kleines Gebiet im Vergleich zur BRD und zum Ausland abdeckt. Aufgrund dieser Tatsache sind die prozentualen Anteile für OWL in ihrer Bedeutung höher einzuschätzen.

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ergebnisse wäre zu vermuten, dass sich aus den bestehenden Zulieferer-Abnehmerbeziehungen vertikale Kooperationen und Netzwerke in der Möbelindustrie der Region OWL gebildet hätten. Die befrag-

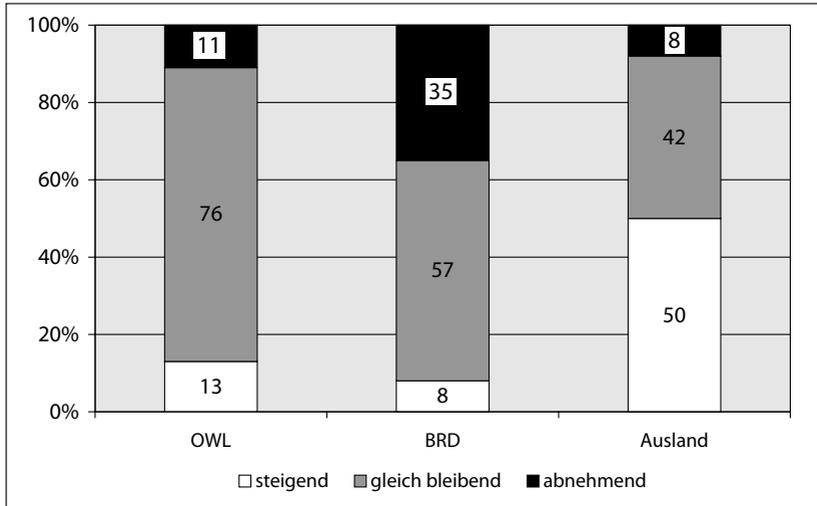
ten Experten weisen allerdings darauf hin, dass ein Großteil der in vertikalen Kooperationen und Netzwerken steckenden Potenziale nicht erschlossen worden sind. Gründe hierfür können geringe Planungshorizonte der Beteiligten und eine unzureichende strategische Planung sein. Es bestehen nach Aussage der Experten hohe Gegenwartspräferenzen, die Kooperationen und Netzwerke wenig attraktiv erscheinen lassen.

Nach Meinung der Experten der zweiten Runde gibt es verschiedene Kooperationshemmnisse. Generell vermuten sie, dass wegen der schlechten wirtschaftlichen Situation die Planungshorizonte sehr kurzfristig sind. Aufgrund der geringen Eigenkapitalausstattung – nach Meinung der Experten liegt sie in der Möbelindustrie im Durchschnitt unter 5 % – hat der wirtschaftliche Druck zugenommen. Oftmals wissen die Unternehmen nicht, ob sie im nächsten Jahr noch existieren können. Zudem nimmt die Wettbewerbsfähigkeit der Möbelbranche in Deutschland ab, und zwar infolge der institutionellen Rahmenbedingungen, in Form von Steuern, Abgaben und Auflagen sowie infolge der EU-Osterweiterung und der darüber hinausgehenden Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte. Die in der Möbelindustrie über Jahrzehnte gewachsene, oftmals sehr hierarchische Unternehmensorganisation ist nach Meinung der Experten ein weiterer Grund für die in vielen Fällen unzureichenden strategischen Planungen und damit für die eher geringe Kooperations- und Netzwerkbildung.

3.4.2.2.1 Entwicklungstendenzen im Einkaufsverhalten

Entwicklung des Einkaufs von Zwischenprodukten

Abbildung 21: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Zwischenprodukten aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=39.

Lesebeispiel:

76 % der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller schätzen die Entwicklung des Einkaufs von Zwischenprodukten aus OWL als gleichbleibend ein.

Hinsichtlich des Einkaufs von Zwischenprodukten ist auffällig, dass in den letzten Jahren eine Tendenz zum Einkauf im Ausland besteht. So sehen 50 % der Befragten eine steigende Tendenz beim Einkauf von Zwischenprodukten aus dem Ausland. Welche Zwischenprodukte aber werden aus dem Ausland bezogen? Hat man diese Produkte vorher innerhalb der BRD bezogen? Die Frage stellt sich, da 35 % der Möbelhersteller geantwortet haben, dass der Bezug von Zwischenprodukten aus der BRD abgenommen hat.

Aus den Experteninterviews der ersten Runde geht hervor, dass in OWL zwar einige branchentypische Zulieferer ansässig, die Spezialzulieferer jedoch weltweit gestreut sind. Unter den im folgenden Abschnitt aufgeführten Gründen, die für den Einkauf von Zwischenprodukten aus OWL sprechen, wird der Grund »innovative

und qualitativ hochwertige Zwischenprodukte« am höchsten bewertet. Der Grund »preisgünstige Lieferung von Zwischenprodukten« bekommt die niedrigste Bewertung. Die Qualität der ostwestfälisch-lippischen Produkte wird also in den Vordergrund gestellt, der Preis ist beim Einkauf von Zwischenprodukten in OWL weniger bedeutsam.

Generell sind nach Meinung der Experten der zweiten Runde zwei Gesichtspunkte für die Entscheidung des Einkaufs von Zwischenprodukten in OWL bzw. der BRD oder im Ausland ausschlaggebend. Zum einen ist zu beachten, ob es sich um standardisierte oder nicht standardisierte Produkte handelt und zum anderen, ob diese Zwischenprodukte in kleinen oder großen Losgrößen benötigt werden bzw. ob sie lagerfähig sind oder nicht. Bei den standardisierten Zwischenprodukten ist noch zu unterscheiden zwischen solchen mit hohem und solchen mit niedrigem Lohnkostenanteil.

Da die Möbelherstellung nach Aussage der Experten zukünftig kundenorientierter wird und daher zunehmend kleine Losgrößen bis hin zu Losgrößen von eins produziert werden müssen, nimmt die Bedeutung der flexiblen Belieferung mit Zwischenprodukten zu. Aufgrund dieser Entwicklung wird sich der Trend zur Auslagerung einzelner Produktionsprozesse und Teilprozesse fortsetzen, da eine Eigenfertigung bestimmter Zwischenprodukte ineffizient ist. Kleine Losgrößen müssen flexibel und schnell zur Verfügung stehen und werden daher in regionaler Nähe zugekauft.

Der Zukauf von Zwischenprodukten aus dem Ausland erfolgt nach Meinung der Experten nur dann, wenn diese in großen Losgrößen zugekauft werden können. Dabei ist zu beachten, dass eine Fehllieferung und ein Umtausch mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung und mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Besitzt das Unternehmen keine Lagerbestände dieses Zwischenproduktes und ist dieses Zwischenprodukt nicht durch ein anderes ersetzbar, so kann dies zu einem Produktionsausfall und damit zu erheblichen Zusatzkosten führen.

Unter Transportkostengesichtspunkten ist laut Aussage der Experten der Zukauf von Zwischenprodukten vor allem dann lohnenswert, wenn diese verschiffbar sind. So wird Glas zu großen Teilen aus China importiert, wobei dieses Glas neben den geringen Preisen gleichzeitig eine hohe Qualität besitzt. Auch bei anderen Zwischenprodukten werden China und mittlerweile auch die Ukraine als Herkunftsländer bedeutsam. Weitere wichtige Importregionen ostwestfälisch-lippischer Möbelhersteller sind Slowenien, Kroatien, Polen, Lettland, Litauen und Russland (wobei die polnischen Zulieferer das bisher größte Know-how besitzen). Aber auch aus Italien werden Zwischenprodukte, vor allem Möbelfronten, bezogen. Beim Bezug von Zwischenprodukten aus dem Ausland ist weiterhin zu beachten, dass Wechsel-

kursrisiken bestehen, oftmals Sprachbarrieren zu überwinden sind und die Produkte den deutschen Sicherheitsstandards entsprechen müssen. Ein Experte führt an, dass die Wechselkursrisiken meistens in die Zwischenproduktpreise einkalkuliert werden.

Für den regionalen Bezug der Zwischenprodukte spricht vor allem die Flexibilität der Zulieferer. Teilweise wird sogar bereits beim Zulieferer auftragsbezogen produziert, d. h. für einen bestimmten Endkunden wird beispielsweise eine Küchenabdeckplatte nach Maß angefertigt. Ist zudem der Lohnkostenanteil am Zwischenprodukt verhältnismäßig gering, so werden die Zwischenprodukte regional bezogen. Bedeutende regionale Zulieferer von Zwischenprodukten sind z. B. für Beschläge die »Hettich GmbH & Co. KG« in Kirch Lengern, für Beleuchtungselemente die »Ehlebracht AG« in Enger und für Glasprodukte die »Windmann Glas GmbH & Co.« in Herford.

Zwischenprodukte, die den Einsatz hochwertiger Maschinen erfordern, werden ebenfalls in OWL produziert. Den Unternehmen ist es nach Aussage der Experten wichtig, diese Maschinen unter besonderer Beaufsichtigung zu haben. Um eine möglichst hohe Produktivität und eine gleichzeitige Wartung und Instandsetzung zu gewährleisten, sind diese Maschinen von gut ausgebildeten Facharbeitern zu bedienen. Außerdem sollten die Maschinenhersteller in regionaler Nähe ansässig sein, da bei auftretenden Problemen eine schnelle und flexible Problemlösung notwendig wird.

Entwicklungspartnerschaften zwischen Möbelherstellern und Zulieferern von Zwischenprodukten gibt es nach Meinung der Experten vor allem mit den größeren Zulieferern. Wird ein spezielles Zwischenprodukt in Kooperation mit einem Möbelhersteller entwickelt, so bekommt dieser Möbelhersteller für eine bestimmte Zeit das Exklusivbezugsrecht. Vor allem die größeren Möbelzulieferer betreiben verstärkt Forschung und Entwicklung. Sie besitzen eine Vertriebs- und Marketingabteilung, um Neuentwicklungen auf den Markt zu bringen. Die kleinen und mittelständischen Zulieferer produzieren in der Regel auftragsbezogen. Mit ihnen bestehen nur selten Entwicklungspartnerschaften und ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten sind äußerst begrenzt.

Möbelhersteller und Zulieferer arbeiten nach Aussage der Experten beispielsweise in der Designwerkstatt Haus Aussel in Rheda-Wiedenbrück zusammen. Anfang der 1990er Jahre ist dort in Kooperation die Falttür entwickelt worden. Ein Spanplattenhersteller hat damals vor dem Problem gestanden, nur Spanplatten bis zu einer bestimmten maximalen Breite herstellen zu können. Ein Beschlaghersteller entwickelte daraufhin geeignete Beschläge, um die Spanplatten zu kombinieren.

In der Regel werden Produkte und Neuentwicklungen an Möbelzulieferteilen auf der jährlich stattfindenden Zuliefermesse Ost-Westfalen (ZOW) in Bad Salzuflen ausgestellt, auf der Zulieferer aus der ganzen Welt vertreten sind. 1995 fand die ZOW erstmalig mit damals nur 49 Ausstellern (darunter 11 ausländischen Ausstellern) statt (ZOW 2004: 1). Im Jahr 2003 waren auf der ZOW bereits 556 Aussteller vertreten (darunter 258 aus dem Ausland).

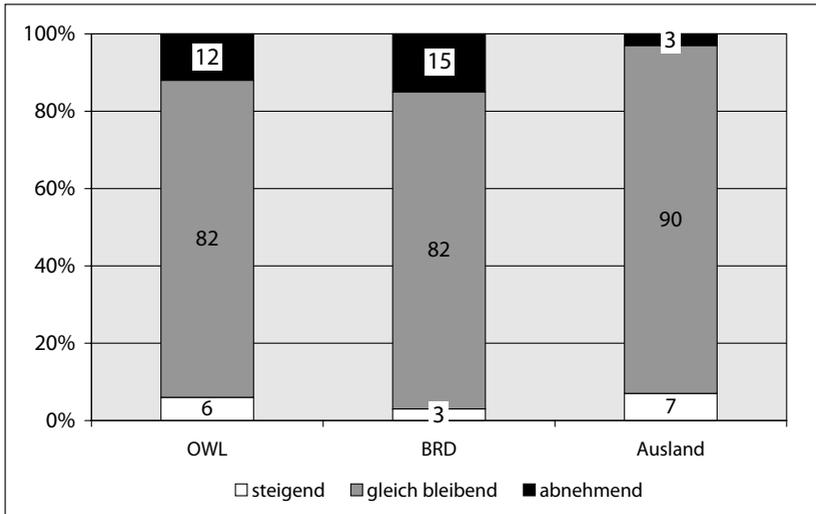
Für die Möbelhersteller ist es nach Aussage der Experten wichtig, viele Varianten an Zwischenprodukten der gleichen Produktart einzukaufen, da sie sich dadurch von ihren Wettbewerbern abheben können. Fraglich ist jedoch, ob diese Variantenvielfalt für den Kunden Nutzen stiftet oder ob sie auch die Markttransparenz verringert und zu höheren Informationskosten führt. Generell ist davon auszugehen, dass der Nutzen für den Kunden, der ihm durch die Variantenvielfalt entsteht, als verhältnismäßig gering anzusehen ist. Dagegen sind die Qualität des Produktes, der Service und der Preis Kriterien, auf die der Kunde einen hohen Wert legt. Durch die Variantenvielfalt erhöhen sich dagegen auch für die Unternehmen die Kosten und die Wahrscheinlichkeit einer Fehllieferung.

Kooperationen oder Netzwerke finden sich auch im Zulieferbereich. Sie beruhen in der Regel auf Kontakten informeller Art und sind im Laufe der letzten Jahrzehnte langsam gewachsen. In dieser Zeit hat sich eine Vertrauensbasis zu den langjährigen Kooperationspartnern aufgebaut. In der Regel sind diese Kooperationen eher bilateraler Art. Es handelt sich daher in vielen Fällen um reine Zulieferer-Abnehmer-Beziehungen. Von einer intensiven Kooperation bzw. von einem Netzwerk kann nur vereinzelt gesprochen werden. Unter den Zulieferern selbst sind zwar, im Gegensatz zu den Möbelherstellern, vermehrt Kooperationen zu finden. Dennoch sind auch unter den Zulieferern horizontal nur wenige Kooperationen oder gar Netzwerke vorhanden.

Als ein Netzwerk zwischen Zulieferern und Möbelherstellern ist die »Arbeitsgemeinschaft ‚Die Moderne Küche e. V.‘« (AMK) zu nennen. Sie stellt eine Wirtschaftsvereinigung der Küchenmöbelbranche dar und vertritt seit über 40 Jahren die Interessen ihrer Mitgliedsunternehmen. Neben den Küchenmöbelherstellern sind viele Zulieferer, wie z. B. Hersteller von Hausgeräten und Hersteller von Zubehör und darüber hinaus auch Handelskooperationen in dieser Vereinigung organisiert (AMK 2004: 1). Ein weiteres Netzwerk stellt die »Deutsche Gütegemeinschaft Möbel e. V.« (DGM) dar, eine Gemeinschaft in- und ausländischer Möbelhersteller und ihrer Zulieferer. Im Jahr 1963 gegründet, fördert die DGM Qualitäts-, Sicherheits- und Umweltaspekte (DGM 2004: 1).

Entwicklung des Einkaufs von Maschinen

Abbildung 22: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Maschinen aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 31 bis 34.

Im Bereich der Einkäufe von Maschinen gibt es kaum wesentliche Änderungen in der Entwicklung des Einkaufsverhaltens der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller. In der BRD gibt es eine verhältnismäßig starke Abnahme des Einkaufs von Maschinen. In OWL geben 6% der Befragten eine Zunahme, jedoch 12% eine Abnahme bei der Entwicklung des Einkaufs von Maschinen an. 90% der Befragten nennen die Entwicklung des Einkaufs von Maschinen aus dem Ausland gleich bleibend. Nur 4% der Maschinen werden im Ausland gekauft (mit einer leicht steigenden Tendenz; s. Abbildung 20). Den Expertenmeinungen zufolge dominieren dabei die italienischen Möbelmaschinenhersteller.

Es ist zu vermuten, dass OWL ebenfalls ein etablierter Standort von Möbelmaschinenherstellern ist, da 46% aller von ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern nachgefragten Maschinen aus OWL stammen. Bei den Maschinen müssen oft individuelle Wünsche und Besonderheiten erfüllt werden. Daher wird auch der Grund »innovative und qualitativ hochwertige Maschinen« am stärksten gewichtet.

Mit Innovation ist neben der Produktinnovation auch die Prozessinnovation gemeint: Prozessinnovation deswegen, weil die Maschinen auf die Prozesse der

Möbelhersteller in OWL abgestimmt sein müssen. Dies könnte ein Grund für den Bezug der Maschinen aus OWL sein. In diesem Zusammenhang wird als zweitwichtigster Grund die »verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Maschinen« genannt, da bei der Maschinenentwicklung und Anpassung an die unternehmensspezifischen Gegebenheiten (spezielle Raumabmaße, bereits installierte Maschinen) eine enge Zusammenarbeit besonders wichtig ist.

Nach Aussage der Experten der zweiten Runde muss zum einen zwischen standardisierten und kundenspezifischen Maschinen unterschieden werden. Zum anderen ist zwischen Maschinen, die unmittelbar in den Produktionsprozess eingebunden sind, und den weniger stark eingebundenen Maschinen zu unterscheiden.

Innovationen werden auf der LIGNA in Hannover präsentiert, der internationalen Leitmesse für die Forst- und Holzwirtschaft. 2003 waren dort 1.721 Aussteller vertreten, darunter 877 Unternehmen aus dem Ausland (LIGNA 2004: 1). Holzbearbeitungsmaschinenhersteller aus der Region OWL nahmen ebenfalls an dieser Messe teil. Zu den bedeutendsten Möbelmaschinenherstellern der Region gehören z. B. die IMA Maschinenfabrik Klessmann GmbH in Lübbecke und die Heinrich Kuper GmbH & Co. KG in Rietberg.

Die Bedeutung der ausländischen (so auch der italienischen) Möbelmaschinenhersteller ist nach Aussage der Experten der zweiten Runde vergleichsweise gering. In der Regel beschränkt sich der Einkauf ausländischer Maschinen auf standardisierte Maschinen, die nicht unmittelbar in den Produktionsprozess eingebunden sind. Die Wartung und Instandsetzung muss bei diesen Maschinen nicht unmittelbar erfolgen, da durch ihren Ausfall nicht Teile oder gar der gesamte Produktionsprozess und alle nachgelagerten Prozesse behindert werden.

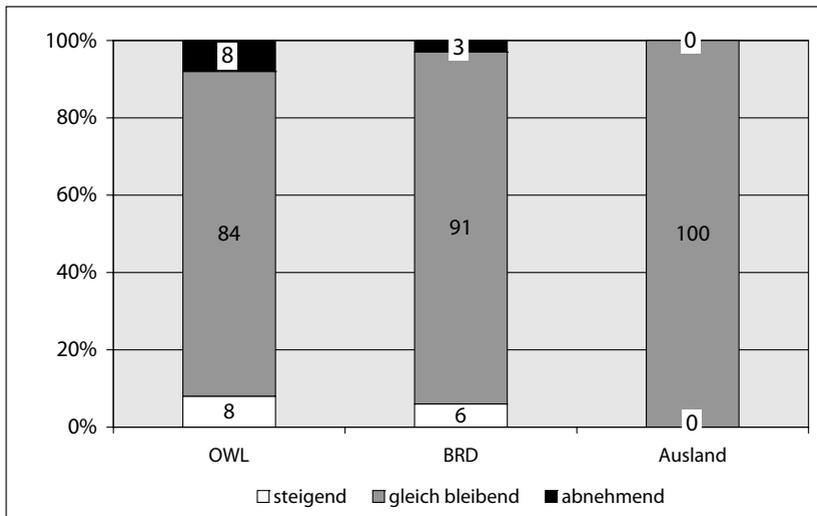
Kooperationen, beispielsweise in Form von Entwicklungspartnerschaften mit den regionalen Möbelmaschinenherstellern, kommen nach Meinung der Experten häufig vor. Bei der Inbetriebnahme der Maschinen sind die Techniker der Möbelmaschinenhersteller vor Ort. Die speziellen Bedürfnisse der Möbelhersteller werden berücksichtigt und Verbesserungsvorschläge aufgenommen. Gleichzeitig werden die Lieferanten der Zwischenprodukte und EDV-Spezialisten in die Entwicklungsprozesse einbezogen. Insbesondere bei neu entwickelten Maschinen sind die Mitarbeiter der Möbelmaschinenhersteller teilweise längere Zeit im Betrieb des Möbelherstellers, um die Maschinen vor Ort zu verbessern.

Generell besteht nach Aussage der Experten eine große Angst vor Know-how-Verlust, da die an den Prozessen beteiligten Unternehmen Einblicke in das einzelne Unternehmen erhalten. Daher spielt der Vertrauensaspekt eine große Rolle. Vertrauen baut sich jedoch erst im Laufe der Zeit auf. Meistens sind der Möbelmaschi-

nenhersteller und die weiteren am Prozess beteiligten Zulieferer bereits seit Jahren Lieferanten des einzelnen Möbelherstellers, wenn Maschinen guter Qualität in der Vergangenheit bereits geliefert, ein guter Service und eine gute Dienstleistung angeboten und im Vergleich zu den anderen Anbietern keine gravierenden Preisunterschiede erkennbar geworden sind. Es besteht für den Möbelhersteller dann kaum ein Grund, die Anbieter zu wechseln. Gleichzeitig kann jedoch auch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis vom Möbelmaschinenhersteller und den anderen am Prozess beteiligten Zulieferern entstehen, wenn der Möbelmaschinenhersteller Maschinen liefert, die zwar mit den anderen, im Produktionsprozess bereits vorhandenen Maschinen, jedoch nicht mit den Maschinen anderer Maschinenhersteller kompatibel sind.

Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen

Abbildung 23: Einschätzung der Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen aus den Gebietseinheiten in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 29 bis 37.

Beim Einkauf von Dienstleistungen ist nach Aussage der Experten der zweiten Runde in den vergangenen Jahren kaum eine Veränderung eingetreten. Die Bedeutung der Dienstleistungen aus der BRD hat minimal zugenommen. Dies ist auf verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten durch das Internet zurückzuführen. Insbe-

sondere im EDV-Bereich kann eine Problembeseitigung teilweise unternehmensextern erfolgen.

Allerdings hat OWL seine hohe Bedeutung im Bereich der Dienstleistungen behalten. Für den Einkauf von Dienstleistungen aus OWL werden die Gründe »verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Dienstleistungen« und die »Schnelligkeit der Lieferung von Dienstleistungen« als wichtigste Kriterien angesehen. Die Flexibilität der in OWL ansässigen Dienstleister ist ein Wettbewerbsvorteil. Es stellt sich die Frage, ob die Spezialisierung der ostwestfälisch-lippischen Dienstleister einen Wettbewerbsvorteil darstellt. Außerdem ist zu fragen, ob es sich um solche Dienstleistungen handelt, die aus Kostengründen ausgelagert wurden und nun in OWL nachgefragt werden. Oder handelt es sich um Spezialdienstleistungen, die aufgrund der geografischen Dichte der Möbelhersteller fast ausschließlich in OWL angeboten werden?

Sowohl Spezialdienstleistungen als auch Dienstleistungen, die aus Kostengründen ausgelagert wurden, sind in OWL nach Aussage der Experten der zweiten Runde in ausreichendem Maß vorhanden. So werden vor allem Logistik-, EDV-, Beratungs- und F&E-Dienstleistungen in der Region eingekauft, aber auch Reinigungs- und Bewachungsdienstleistungen. Diese Dienstleistungen sind deswegen in OWL vorhanden, weil sie oftmals aus Auslagerungen entstanden sind. Handelt es sich um Unternehmen, deren Dienstleistungen sehr speziell sind, so ist die regionale Nähe und die Konzentration der Kunden ein bedeutender Standortvorteil. Generell wird von den Experten jedoch angemerkt, dass die Transparenz des Dienstleistungsangebotes verbesserungswürdig ist und es wird gefordert, dass die Kundenorientierung der Dienstleister zunimmt.

Logistikdienstleistungen werden in der Regel in OWL eingekauft, da den Experten zufolge durchaus kompetente Logistikdienstleister in OWL ansässig sind. Es sind allerdings in der Logistikbranche zukünftig starke Konzentrationstendenzen zu erwarten. Viele mittelständische Unternehmen in OWL besitzen noch eigene Fuhrparks, die nach Kostengesichtspunkten jedoch unrentabel sind und oftmals lediglich aus Prestigegründen noch betrieben werden. Langfristig werden diese durch spezialisierte Spediteure ersetzt, die mit Möbelherstellern zusammen arbeiten.

Die Schieder Möbel Holding GmbH und die Wellemöbel GmbH haben den Experten zufolge eine andere Kooperationsform gewählt. Beide Unternehmen besitzen eigene Fuhrparks und werden, wenn die eigenen Touren noch nicht voll ausgelastet sind, den Transport und die Auslieferung der Möbel des jeweils anderen übernehmen.

Exkurs

Transportlogistik – Die Anton Röhr GmbH & Co. KG

Die Anton Röhr GmbH & Co. KG entstand aus dem 1958 gegründeten Unternehmen Anton Röhr Möbeltransporte in Rietberg. Das heute europaweit tätige Logistikunternehmen hat sich, wie viele andere Dienstleister und Zulieferer der Möbelindustrie, aus einer Mangelsituation heraus entwickelt. In OWL begann nach dem zweiten Weltkrieg die Möbelindustrie zu expandieren, deren Möbel über die Grenzen Ostwestfalen-Lippes hinaus nachgefragt wurden. Da der Transport von Möbeln ganz spezielle Anforderungen an die Logistik stellte, entwickelten sich in der Region Möbellogistikunternehmen.

Die Anton Röhr GmbH ist heute eines der größten Möbellogistikunternehmen Deutschlands, mit Logistikzentren in ganz Deutschland und in Polen. Die Anton Röhr GmbH & Co. KG beschäftigt ca. 400 Mitarbeiter. Tätigkeitsbereiche sind Ladungsverkehre, Teilladungsverkehre, Lagerlogistik, Kommissionierservice, Endverbraucherservice und Baustofflogistik.

In der Möbellogistik der Anton Röhr GmbH & Co. KG sind nach Aussage der Geschäftsleitung im Wesentlichen zwei Bereiche zu unterscheiden. Ein Bereich befasst sich mit der Kommissionierung fertiger Möbel. Diese Möbel werden von den Möbelherstellern in das Auslieferungslager geliefert und dort regionspezifisch zusammengebaut. Der zweite Bereich umfasst die Lagerung von Möbelkomponenten und von vollständigen Möbeln. Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden Logistikdienstleistungen ist, dass die Möbel, die direkt ins Auslieferungslager geliefert werden, bereits verkauft worden sind. Die anderen Möbel sind noch nicht verkauft worden. Für sie wird von der Firma Röhr ein Lagerservice angeboten. Erst nach Verkauf der Möbel werden sie kommissioniert, im Auslieferungslager regionspezifisch zusammengestellt, verladen und zugestellt. Hierfür hat die Firma Röhr drei Tage Zeit. Nach der Verladung im Auslieferungslager gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder die Möbel werden direkt ausgeliefert, d. h. sie werden im Auslieferungslager verladen und dem Kunden zugestellt, oder sie werden beispielsweise nach Süddeutschland zu einem Tochterunternehmen gebracht. Dort werden sie entladen und logistisch neu zusammengestellt.

Da in Süddeutschland, vor allem im Bereich Coburg, vermehrt Polstermöbelhersteller angesiedelt sind, werden Möbel dieser Unternehmen bei der in Süddeutschland ansässigen und zur Anton Röhr GmbH & Co. KG gehörenden Spedition Stiegemann gesammelt und von hier, je nach Bestimmungsort, nach OWL oder in ein anderes Logistikzentrum transportiert. Dadurch ist das Problem der Leerfahrten weitgehend gelöst worden.

Horizontale Kooperationen zwischen Möbellogistikunternehmen gibt es nur wenige. Diese existieren in der Regel erst seit ca. fünf Jahren. In Kooperation wird beispielsweise das Münsterland beliefert, da dort die Dichte der Möbelhäuser nicht so groß ist und durch eine Kooperation eine bessere Auslastung erreicht wird. Die Röhr GmbH & Co. KG garantiert ihren Kunden eine Möbelauslieferung nach Wareneingang innerhalb von fünf Werktagen. Ca. 95 % der Waren kommt pünktlich an. Nicht so sehr die Schnelligkeit der Möbelauslieferung, sondern der Preis und die Qualität der Leistung sind bedeutende Bewertungskriterien. Um diese Kriterien zu erfüllen, sind eine gute Organisation, ein gutes Logistikkonzept sowie geschultes und erfahrenes Personal notwendig. Die Schulung des Personals erfolgt im Unternehmen.

Nach Aussage der Geschäftsleitung gibt es noch ca. fünf weitere Möbelspeditionen, die derartige Größenvorteile besitzen wie z. B. die Gieseler Spedition GmbH & Co. KG in Herford und die Heinrich Mahlmann GmbH in Steinheim.

Bis 1993 wurden die Preise im Speditionsgewerbe staatlich reguliert. Danach wurden sie freigegeben und ein intensiver Wettbewerb entstand, der sich durch einen Nachfragerückgang nach Möbeln und die Erhöhung der Kosten für die Straßennutzung verschärfte. Zukünftig gewinnen der osteuropäische und der asiatische Markt an Bedeutung. Die Belieferung dieser Märkte kann nicht oder nur unter großen Anstrengungen von den Möbelherstellern in Eigeninitiative geleistet werden. Deswegen wird die Bedeutung von Spediteuren mit einer guten Logistik und Organisation und mit weiteren verlässlichen Kooperationspartnern zunehmen.

EDV-Dienstleistungen werden ebenfalls von Unternehmen aus OWL oder aus Randgebieten bezogen, da nach Ansicht der Experten die regionale Nähe Vorteile bietet. Dies sind z. B. Unternehmen wie die MBI Software Company in Osnabrück oder die ferrocontrol Steuerungssysteme GmbH & Co. in Herford. Die angebotenen EDV-Lösungen werden oftmals auf die speziellen Bedürfnisse der Möbelhersteller und -zulieferer abgestimmt. Diese Abstimmung führt zu Problemen, wenn Unternehmen kooperieren wollen, deren EDV-Systeme sich wegen der individuellen Zuschnitte unterscheiden und daher inkompatibel sind.

Beratungsdienstleistungen werden nach Aussage der Experten in der Regel von Dienstleistern eingekauft, die sich auf mittelständische Unternehmen spezialisieren. In der Regel wird auf regionsexterne Berater zurückgegriffen, da die Unternehmen der Meinung sind, dass diese kompetenter sind und ihre Dienstleistungen besser vor Konkurrenten in der Region OWL geheim gehalten werden können.

Forschungs- und Entwicklungsdienstleistungen werden nach Aussage der Experten, wenn es sich um den Einkauf von neuen Designkonzepten handelt, von einzelnen Designern bezogen, die in der Regel in der Region ansässig sind. In nur weni-

gen Fällen wird bei der Forschung und Entwicklung mit Forschungsinstituten, Fachhochschulen oder Hochschulen zusammengearbeitet.

3.4.2.2.2 Gründe für den Einkauf von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe

Gründe für den Einkauf von Zwischenprodukten aus OWL

Tabelle 9: Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Zwischenprodukten aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig)

| | n | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------------------------|----------|----------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| Grund Einkauf Zwischenprodukte OWL a) | 38 | 1 | 6 | 2,16 | 1,197 |
| Grund Einkauf Zwischenprodukte OWL b) | 39 | 1 | 5 | 2,72 | 1,432 |
| Grund Einkauf Zwischenprodukte OWL c) | 39 | 1 | 6 | 2,31 | 1,151 |
| Grund Einkauf Zwischenprodukte OWL d) | 39 | 1 | 5 | 1,87 | 0,951 |
| Grund Einkauf Zwischenprodukte OWL e) | 39 | 1 | 5 | 2,54 | 1,253 |
| Gültige Werte (Listenweise) | 38 | | | | |

- a) Schnelligkeit der Lieferung von Zwischenprodukten
- b) preisgünstige Lieferung von Zwischenprodukten
- c) innovative und qualitativ hochwertige Zwischenprodukte
- d) verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Zwischenprodukten
- e) durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Zwischenprodukten

Quelle: Eigene Erhebung.

Lesebeispiel:

Auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig) haben die Befragten beim Einkauf von Zwischenprodukten für den Grund a) »Schnelligkeit der Lieferung von Zwischenprodukten« im Mittel 2,16 angegeben.

Alle aufgeführten Gründe werden für den Einkauf von Zwischenprodukten in OWL als wichtig erachtet. Der Grund »preisgünstige Lieferung von Zwischenprodukten« hat dabei die geringste Bedeutung. Dies ist plausibel, da verhältnismäßig kostengünstige Zwischenprodukte aus dem Ausland importiert werden.

Als wichtigster Grund wird die »verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Zwischenprodukten« mit einem Mittelwert von 1,87 angesehen. Ebenfalls bedeutsam sind die Gründe »Schnelligkeit der Lieferung von Zwischenprodukten« mit einem Mittelwert von 2,16 und »innovative und qualitativ hochwertige Zwischenprodukte« mit einem Mittelwert von 2,31. Demnach werden die Zulieferer in OWL aufgrund ihrer Flexibilität und Schnelligkeit geschätzt, wenn es z. B. bei den Möbelherstellern aufgrund von Fehllieferungen zu Problemen in der Produktion kommt oder wenn bei speziellen Zwischenprodukten Änderungen vorzunehmen sind. Außerdem sind die Zwischenprodukte aus OWL innovativ und von hoher Qualität. Festzustellen ist, dass die Zulieferer in OWL, die ebenfalls durch die Importe aus Billiglohnländern unter Druck geraten sind, vornehmlich aufgrund ihrer Kundenorientierung und Kundennähe und nicht so sehr aufgrund der Preise von Zwischenprodukten wettbewerbsfähig sind.

Die Ergebnisse der Befragung und der Experteninterviews bestätigen die Hypothesen zur regionalen Reichweite von Kooperationen und Netzwerken. Generell hängt die regionale Reichweite von Kooperationen und Netzwerken von den direkten und indirekten Kosten der Raumüberwindung ab. Bei den Zwischenprodukten sind in diesem Zusammenhang standardisierte lagerfähige, standardisierte bedingt lagerfähige und spezifische Zwischenprodukte zu unterscheiden.

Bei den standardisierten lagerfähigen Zwischenprodukten sind die Kosten der Lagerhaltung unbedeutend. Die Lagerhaltungskosten bei standardisierten bedingt lagerfähigen Zwischenprodukten sind erheblich höher. Bei den spezifischen Zwischenprodukten sind die Kosten für die Lagerhaltung ebenfalls relativ unbedeutend, da sie hauptsächlich in kleineren Stückzahlen eingekauft werden und nahezu unmittelbar in den Produktionsprozess einfließen. In der Regel wird in der Möbelindustrie »just in time« produziert. Es wird versucht, möglichst geringe Mengen an Zwischenprodukten vorzuhalten.

Der Preis für ein Zwischenprodukt setzt sich zusammen aus dem Einkaufspreis, den direkten Kosten und den indirekten Kosten der Raumüberwindung. Die direkten Kosten der Raumüberwindung, die Transportkosten und die Kommunikationskosten, sind beim Bezug der Zwischenprodukte aus dem Ausland höher als beim Bezug aus OWL bzw. der BRD. Werden Zwischenprodukte in größeren Stückzahlen benötigt, haben jedoch den Experten zufolge die durchschnittlichen Transportkosten eine immer geringere Bedeutung. Die Kommunikationskosten, in Form von Internetkosten, Kosten für Standleitungen, Kosten für den allgemeinen Schriftverkehr u. a., fallen hauptsächlich bei Geschäftsanbahnungen an, ferner bei Änderungen an den Zwischenprodukten oder bei auftretenden Problemen, beispielsweise in Form

von Fehllieferungen. Die Kommunikationskosten sind in den vergangenen Jahren aufgrund des technologischen Fortschritts erheblich gesunken.

Die indirekten Kosten der Raumüberwindung, in Form von Alternativkosten durch die Unterbrechung von Produktionsabläufen oder die Abwesenheit von Leitungspersonal, sind bei den standardisierten Zwischenprodukten geringer als bei den spezifischen Zwischenprodukten. In der Regel ist die Geschäftsanbahnung vor allem für das Leitungspersonal zeitaufwändig und damit kostenintensiv. Lediglich bei Änderungen an den Zwischenprodukten oder beim Auftreten von schwerwiegenden Problemen ist das Leitungspersonal gefordert. Standardisierte Produkte besitzen in der Regel einen hohen Reifegrad und ein geringes innovatorisches Potenzial und werden über einen längeren Zeitraum in gleicher Ausführung bezogen. Die Wahrscheinlichkeit für etwaige Probleme ist daher verhältnismäßig gering.

Die aufgeführten Gründe verdeutlichen, dass der Anteil der direkten und indirekten Kosten der Raumüberwindung am Preis der standardisierten Zwischenprodukte relativ gering ist. Daher entscheidet letztlich der Einkaufspreis über den Bezug der Zwischenprodukte aus OWL, der BRD oder dem Ausland. Daneben ist die Qualität der Zwischenprodukte ebenfalls von hoher Bedeutung. Doch unterscheidet sich die Qualität nach Aussage der Experten nicht so sehr dadurch, dass die standardisierten Zwischenprodukte aus OWL, der BRD oder dem Ausland, beispielsweise aus China, bezogen werden. Standardisierte lagerfähige Zwischenprodukte werden demnach vorwiegend in Billiglohnländern eingekauft, da die Produktionskosten, vor allem die darin enthaltenen Lohnkosten, in OWL bzw. in der BRD zu hoch sind.

Nicht oder nur zu hohen Kosten lagerfähige standardisierte Zwischenprodukte werden in der Regel aus OWL bzw. der BRD bezogen. Dabei kann es sich z. B. um standardisierte Spanplatten handeln, die aufgrund der hohen durchschnittlichen Transportkosten in großen Stückzahlen aus dem Ausland bezogen werden müssten. Aufgrund ihres Volumens führen jedoch große Stückzahlen, die nicht unmittelbar in den Produktionsprozess einfließen, zu erheblichen Kosten in der Lagerhaltung der Möbelhersteller. Deswegen werden Spanplatten, als Beispiel für standardisierte bedingt lagerfähige Zwischenprodukte, eher regional, flexibel und in kleinen Losgrößen bezogen. Der Bezug von Zwischenprodukten wäre dann aus dem Ausland kostengünstiger, wenn der Anteil der Lohnkosten hoch und der Anteil der Lagerhaltungskosten niedrig wäre.

Für die spezifischen Zwischenprodukte sind nicht so sehr die Einkaufspreise für die Kaufentscheidung von Bedeutung, sondern die direkten und indirekten Kosten der Raumüberwindung. Im Gegensatz zu den standardisierten Zwischenprodukten ist bei den spezifischen Zwischenprodukten der flexible Bezug kleiner Losgrößen

wichtig, da in der Möbelindustrie »just in time« produziert wird. Flexibler Bezug kleiner Losgrößen bedeutet, dass höhere direkte Kosten der Raumüberwindung entstehen. Außerdem sind die allgemeinen Kommunikationskosten höher, da die Abläufe nicht gleichförmig sind, weil beispielsweise Änderungen an Zwischenprodukten vorgenommen werden. Entscheidend sind die indirekten Kosten der Raumüberwindung, wenn es aufgrund der Spezifität der Zwischenprodukte beim Zulieferer zu Produktions- und Lieferproblemen sowie zu Fehllieferungen kommt. Beim Möbelhersteller fallen deswegen Alternativkosten durch die Unterbrechung von Produktionsabläufen oder durch die Abwesenheit von Leitungspersonal an, das die Problemlösung herbeizuführen hat. Die direkten und vor allem die indirekten Kosten der Raumüberwindung sind daher umso höher, je weiter der jeweilige Zulieferer vom Hersteller entfernt ansässig ist. Bei spezifischen Zwischenprodukten besteht ein Anreiz, regional begrenzte vertikale Kooperationen und Netzwerke zu bilden. Diese gewinnen vermutlich in den kommenden Jahren an Bedeutung, da nach Aussage der Experten die Produktion kleiner Losgrößen in der Möbelproduktion zunimmt.

Gründe für den Einkauf von Maschinen aus OWL

Tabelle 10: Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Maschinen aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig)

| | n | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------------------|----------|----------------|----------------|-------------------|---------------------------|
| Grund Einkauf Maschinen OWL a) | 31 | 2 | 6 | 3,81 | 1,138 |
| Grund Einkauf Maschinen OWL b) | 33 | 1 | 6 | 2,85 | 1,482 |
| Grund Einkauf Maschinen OWL c) | 31 | 1 | 6 | 2,03 | 1,329 |
| Grund Einkauf Maschinen OWL d) | 32 | 1 | 6 | 2,19 | 1,330 |
| Grund Einkauf Maschinen OWL e) | 30 | 1 | 6 | 3,07 | 1,081 |
| Gültige Werte (Listenweise) | 29 | | | | |

- a) Schnelligkeit der Lieferung von Maschinen
- b) preisgünstige Lieferung von Maschinen
- c) innovative und qualitativ hochwertige Maschinen
- d) verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Maschinen
- e) durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Maschinen

Quelle: Eigene Erhebung.

Beim Einkauf von Maschinen sind es die Gründe »innovative und qualitativ hochwertige Maschinen« mit einem Mittelwert von 2,03 und »verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Maschinen« mit einem Mittelwert von 2,19, die für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller von größter Bedeutung sind. Die Maschinen müssen genau auf die Bedürfnisse der Möbelhersteller abgestimmt sein. Durch die räumliche Nähe wird die Berücksichtigung der Anforderungen der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller ermöglicht. Treten Fehlermeldungen bei den Maschinen auf, so ist eine flexible und schnelle Problembehebung durch die Maschinenhersteller möglich. Weniger wichtig ist mit einem Mittelwert von 3,81 die »Schnelligkeit der Lieferung von Maschinen«, da ein Maschinenkauf längerfristig geplant wird und deshalb nicht die Schnelligkeit der Lieferung, sondern eine termingenaue Anlieferung wichtig ist.

Im Gegensatz zu den Zwischenprodukten ist der regionale Bezug von Maschinen auch dann wichtig, wenn diese direkt in den Produktionsprozess eingebunden sind, seien es standardisierte oder spezifische Maschinen. Lediglich die standardisierten Maschinen, die nicht direkt in den Produktionsprozess eingebunden sind, können im Ausland eingekauft werden. Bei den direkt in den Produktionsprozess eingebundenen Maschinen sind die Alternativkosten durch die Unterbrechung von Produktionsabläufen, also die indirekten Kosten der Raumüberwindung, so hoch, dass selbst große Kostenvorteile regional entfernter Maschinenhersteller unbedeutend bleiben. Es bestehen auch hier nach Meinung der Experten Anreize dazu, vornehmlich regional begrenzte Kooperationen und Netzwerke zu bilden.

Gründe für den Einkauf von Dienstleistungen aus OWL

Tabelle 11: Gewichtung der Gründe für den Einkauf von Dienstleistungen aus OWL – Mittelwerte auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (unwichtig)

| | n | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|---------------------------------------|----|---------|---------|------------|--------------------|
| Grund Einkauf Dienstleistungen OWL a) | 35 | 1 | 4 | 2,06 | 0,998 |
| Grund Einkauf Dienstleistungen OWL b) | 34 | 1 | 6 | 2,88 | 1,472 |
| Grund Einkauf Dienstleistungen OWL c) | 34 | 1 | 6 | 2,32 | 1,199 |
| Grund Einkauf Dienstleistungen OWL d) | 35 | 1 | 6 | 2,06 | 1,110 |
| Grund Einkauf Dienstleistungen OWL e) | 35 | 1 | 5 | 2,43 | 1,145 |
| Gültige Werte (Listenweise) | 33 | | | | |

- a) Schnelligkeit der Lieferung von Dienstleistungen
- b) preisgünstige Lieferung von Dienstleistungen
- c) innovative und qualitativ hochwertige Dienstleistungen
- d) verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Dienstleistungen
- e) durch direkte persönliche Kontakte erleichterte Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Dienstleistungen

Quelle: Eigene Erhebung.

Bei den Dienstleistungen sind es die »Schnelligkeit der Lieferung von Dienstleistungen« mit einem Mittelwert von 2,06 und die »verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Zulieferern von Dienstleistungen« mit einem Mittelwert von ebenfalls 2,06, die von den ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern besonders geschätzt werden. Die Dienstleister in OWL haben sich vermutlich auf die speziellen Wünsche der Möbelhersteller in OWL eingestellt. Durch ihre räumliche Nähe können sie auftretende Probleme schnell und flexibel lösen. Die räumliche Nähe ist zudem für die Ideengenerierung, insbesondere bei wissensintensiven Dienstleistungen, von besonderer Bedeutung. Weniger wichtig ist die »preisgünstige Lieferung von Dienstleistungen« mit einem Mittelwert von 2,88. Hohe Qualität und die Spezialisierung auf die jeweiligen Anforderungen der Hersteller rechtfertigen vermutlich einen höheren Preis.

Generell ist bei kontinuierlich anfallenden standardisierten Dienstleistungen, z. B. Reinigungsdienstleistungen, oder bei spezifischen Dienstleistungen, z. B. Möbellogistikdienstleistungen, der regionale Bezug aufgrund des oftmals täglichen Bedarfs

von Bedeutung. Indirekte Kosten der Raumüberwindung bei Dienstleistungen fallen bei der Geschäftsanbahnung und vor allem dann an, wenn Probleme bei der Dienstleistungserstellung auftreten. Aufgrund der kontinuierlichen, oftmals täglichen Dienstleistungserstellung und der dadurch erzielten Lernkurveneffekte wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Problemen verringert. Treten sie dennoch auf, so sind die indirekten Kosten der Raumüberwindung bei den spezifischen Dienstleistungen höher, da diese schwerer zu substituieren sind. Somit ist der regionale Bezug kontinuierlich anfallender standardisierter Dienstleistungen bedeutsam. Das gilt verstärkt für den regionale Bezug kontinuierlich anfallender spezifischer Dienstleistungen.

Bei diskontinuierlich anfallenden standardisierten oder spezifischen Dienstleistungen, wie z. B. allgemeinen oder spezifischen EDV-Dienstleistungen, ist der regionale Bezug aufgrund der direkten Kosten der Raumüberwindung von nachrangiger Bedeutung. Die indirekten Kosten der Raumüberwindung sind dann bedeutsam, wenn durch eine Unterbrechung von Produktionsabläufen Alternativkosten auftreten und eine schnelle und flexible Dienstleistungserbringung notwendig wird. Handelt es sich dabei um standardisierte Dienstleistungen, so sind diese substituierbar und der regionale Bezug ist daher verhältnismäßig unbedeutend. Handelt es sich dagegen um spezifische, nicht substituierbare Dienstleistungen, so ist auch bei diskontinuierlich anfallenden spezifischen Dienstleistungen der regionale Bezug bedeutsam, falls Alternativkosten durch eine Unterbrechung von Produktionsabläufen entstehen.

Es ist demzufolge vorteilhaft, nahezu alle Dienstleistungen regional zu beziehen. Lediglich bei diskontinuierlich anfallenden, den Produktionsprozess nicht direkt betreffenden standardisierten Dienstleistungen ist es von geringer Bedeutung, ob sie regional oder überregional bezogen werden.

3.4.2.2.3 *Veränderung der Bedeutung des Einkaufs von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen in Ostwestfalen-Lippe*

Abgeleitet aus den Expertenbefragungen und den übrigen Erhebungsergebnissen ist zu vermuten, dass aufgrund der zukünftig notwendig werdenden Spezialisierung in der Möbelherstellung vermehrt vertikale Kooperationen bis hin zu Netzwerken zwischen den Herstellern von Zwischenprodukten, Maschinenherstellern, Dienstleistern und den einzelnen Möbelherstellern entstehen werden. Außerdem wird die Spezialisierung unter den Herstellern von Zwischenprodukten, Maschinenherstellern und Dienstleistern weiter zunehmen, so dass zwischen ihnen auf

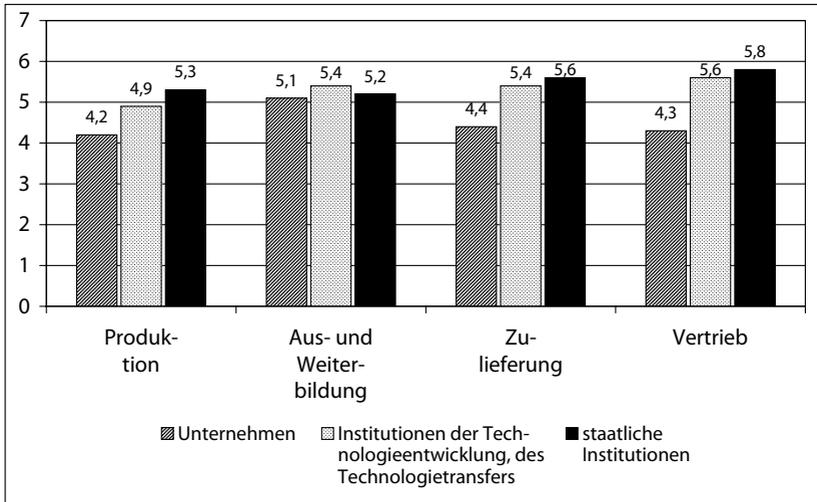
horizontaler Ebene Kooperationen und Netzwerke entstehen. So wäre es beispielsweise sinnvoll, verschiedene Dienstleistungen aufeinander abzustimmen, um den Möbelherstellern ein Komplettangebot anzubieten. Es ist zu vermuten, dass die Hersteller von Zwischenprodukten in Zukunft ihre Produkte noch stärker aufeinander abstimmen, da die Fertigungstiefe nach Meinung der Experten in der Möbelherstellung voraussichtlich abnimmt. Bei den Maschinenherstellern wird bereits mit den Möbelherstellern verstärkt kooperiert. Aufgrund der notwendig werdenden Flexibilisierung in der Produktion der Möbelhersteller bis hin zu Losgrößen von eins werden erhöhte Anforderungen an die Leistungspotenziale der Maschinen gestellt. Die Kooperationsintensität wird daher nach Aussage der Experten zunehmen.

Die folgenden Abschnitte beziehen sich auf horizontale Kooperationen und Netzwerke zwischen den Möbelherstellern in OWL, und zwar in den Funktionsbereichen Produktion, Aus- und Weiterbildung, Zulieferung und Vertrieb. Ziel ist es, die gegenwärtig vorhandenen Kooperationen und deren zukünftige Entwicklung bis hin zu Netzwerken zwischen den Möbelherstellern in OWL einerseits sowie zwischen den Möbelherstellern und den Institutionen der Technologieentwicklung, des Technologietransfers sowie den staatlichen Institutionen andererseits abzubilden und zu analysieren.

3.4.2.3 Kooperationshäufigkeit in den einzelnen Funktionsbereichen

3.4.2.3.1 Gegenwärtige Kooperationshäufigkeit

Abbildung 24: Häufigkeiten der gegenwärtigen Kooperationen in OWL – Mittelwert auf einer Skala von 1 (intensive Kooperation) bis 6 (keine Kooperation)



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 35 bis 39.

Lesebeispiel:

Mit einem Mittelwert von 5,8 im Funktionsbereich Vertrieb kooperieren die Unternehmen mit staatlichen Institutionen nahezu überhaupt nicht.

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass zwischen den Möbelherstellern in den einzelnen Funktionsbereichen Produktion, Aus- und Weiterbildung, Zulieferung und Vertrieb die intensivsten Kooperationen bestehen. Das Niveau der Kooperationshäufigkeit ist allerdings mit Mittelwerten von 4,2 in der Produktion bis 5,1 in der Aus- und Weiterbildung insgesamt sehr niedrig. Mit Werten um 5 und teilweise fast 6 sind Kooperationen mit Institutionen der Technologieentwicklung, des Technologietransfers sowie mit staatlichen Institutionen (z. B. Wirtschaftsförderungseinrichtungen) fast überhaupt nicht vorhanden.

Diese Befunde verdeutlichen, dass Aufklärungsarbeit von Seiten der Institutionen zu leisten ist, um die in Kooperationen steckenden Potenziale für die Unter-

nehmen zu erschließen. Weiterhin ist das Angebot der Institutionen der Technologieentwicklung, des Technologietransfers und der staatlichen Institutionen den Anforderungen der Unternehmen anzupassen. Die wichtigste Aufgabe der Institutionen ist nach Meinung der Experten, Wege zu finden, um durch persönliche Kontakte zwischen den Unternehmen und den Institutionen Vertrauen zu schaffen.

Im Produktionsbereich wird – wenn auch insgesamt nicht sehr stark – am häufigsten kooperiert. Dies wird von den Experten der ersten Runde nicht so erwartet. Sie gehen davon aus, dass durch eine gemeinsame und abgestimmte Produktion zwar ein großes Wirtschaftlichkeitspotenzial zu erschließen ist, dieses jedoch vor allem aus Angst vor Know-how-Verlusten nicht genutzt wird. Die Experten der zweiten Runde geben an, dass – im Gegensatz zu den bereits bestehenden langjährigen vertikalen Geschäftsbeziehungen – horizontale Kooperationen ein noch junges Phänomen darstellen. Deren Bedeutung wird in den nächsten Jahren zunehmen. Generell besteht Einigkeit darüber, dass sich der Wettbewerb verschärft und deswegen vertikale und auch horizontale Kooperationen und Netzwerken verstärkt als strategische Option wahrgenommen werden. Für Kooperationen in dem Funktionsbereich Produktion kommen nach Aussage dieser Experten vor allem solche Unternehmen in Frage, welche die eigene Produktpalette ergänzen, um beispielsweise Systemangebote⁸ gemeinsam zu konzipieren und zu vermarkten.

3.4.2.3.2 Kooperationshemmnisse

Nach den Experteninterviews der zweiten Runde lassen sich folgende Kooperationshemmnisse identifizieren:

- Unwissenheit über Kooperationsnutzen, Kooperationspartner und Kooperationsformen,
- Angst vor Know-how-Verlust,
- mangelndes Vertrauen zu potenziellen Kooperationspartnern,
- mangelnde Kooperationsfähigkeit der Unternehmen,
- keine Zeit, keine Gelegenheit und fehlende institutionelle Rahmenbedingungen.

Nach Aussage der Experten sind alle aufgeführten Kooperationshemmnisse von großer Bedeutung. Es ist zu vermuten, dass sie sich kumulativ verstärken. Im Folgenden werden die einzelnen Kooperationshemmnisse detailliert dargestellt.

8 Systemangebote bestehen aus aufeinander abgestimmten, d. h. komplementären Möbeln, die gemeinsam vermarktet werden.

Unwissenheit über Kooperationsnutzen, Kooperationspartner und Kooperationsformen

Kooperationen werden in der Regel von den Geschäftsführern der Möbelhersteller initiiert. Ihnen fehlt nach Aussage der Experten oftmals jedoch das Wissen, welche Potenziale in Kooperationen stecken und wie Kooperationen zu initiieren und durchzuführen sind. Außerdem fehlt die Einsicht, dass Wettbewerber auch als potenzielle Kooperationspartner anzusehen sind, insbesondere wenn diese komplementäre Produkte herstellen. Sind potenzielle Kooperationspartner identifiziert, fehlt den Verantwortlichen oftmals das Wissen über mögliche Kooperationsformen sowie deren Vor- und Nachteile.

Angst vor Know-how-Verlust

Dieses Kooperationshemmnis wird nach Aussage der Experten von den Unternehmen am häufigsten genannt. Zunächst ist zu klären, um welche Art von Know-how-Verlust es sich handeln kann. Dabei ist zwischen Produkt-Know-how und Prozess-Know-how zu unterscheiden. Generell muss ein Unternehmen zur Erlangung von Know-how fortwährend investieren, um Wettbewerbsvorteile in Form von Produkt- und Prozess-Know-how zu realisieren. Solche Wettbewerbsvorteile besitzen nach Aussage der Experten in der Regel nur die Branchenführer. Andere Unternehmen sind allenfalls in der Lage, Wettbewerbsvorteile in den von ihnen besetzten Nischen zu erlangen. Im Übrigen werden von den Möbelherstellern Wettbewerbsvorteile in Form von Prozess- oder Produkt-Know-how oft als vorhanden unterstellt, ohne dass dies den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht. Dann können auch keine Know-how-Verluste auftreten.

Mangelndes Vertrauen zu potenziellen Kooperationspartnern

Dieses Kooperationshemmnis wird von den Experten als sehr wichtig erachtet, wenn es um die Anbahnung von Kooperationen geht. In diesem Fall haben die Unternehmer zwar die Erkenntnis gewonnen, dass durch Kooperationen Wettbewerbsvorteile zu erlangen sind. Da es allerdings in den vergangenen Jahren gängige Praxis gewesen ist, am Markt platzierte Produkte oder innovative Produktionsprozesse zu kopieren, herrscht unter den Möbelherstellern großes Misstrauen.

Das lange Zeit betriebene Kopieren von am Markt platzierten innovativen Produkten und von innovativen Produktionsprozessen hat nach Aussage der Experten das Verhältnis unter den Möbelherstellern belastet. Aber nicht nur Innovationen einzelner Möbelhersteller als »Pionierunternehmer« im Sinne Schumpeters, sondern auch Imitationen innerhalb der Möbelbranche sind von Bedeutung (zumin-

dest nach einer angemessenen Nutzungsdauer für die »Pionierunternehmer«), damit die Möbelbranche insgesamt wettbewerbsfähig bleibt. Gerade in einem regional begrenzten Gebiet mit einer hohen Branchenkonzentration ist es die Imitation, die zur Verbreitung und Weiterentwicklung von Innovationen beiträgt. Sie fördert dadurch die Wettbewerbsfähigkeit einer Branche (Delhaes/Fehl 1997: 5 f.). Es käme also darauf an, dass Möbelhersteller wechselseitig, in Kooperationen organisiert, von Imitationen profitieren und hierin kein Kooperationshemmnis mehr sehen.

Mangelnde Kooperationsfähigkeit der Unternehmen

60 bis 80 % der Möbelhersteller in OWL sind nach Einschätzung der Experten Familienunternehmen. Sie sind sehr engagiert und insbesondere aufgrund sozialer Bindungen standorttreu. Entweder führen noch die Gründer die Geschäfte oder deren Nachkommen, also die zweite, teilweise auch schon die dritte Generation. Wenn auch in der zweiten und dritten Generation die Wirtschaftlichkeitspotenziale von Kooperationen eher erkannt werden, so sind viele dieser Unternehmer in einer Unternehmenskultur aufgewachsen, in der eine eigenständige Problemlösung ohne externe Hilfe als der »Königsweg« angesehen wird. Die Unternehmer lassen ein gewisses Besitzstandsdenken erkennen und scheuen teilweise Neuerungen. Diese Mentalität versperrt ihnen oftmals die Sicht für die Wirtschaftlichkeitspotenziale, die in Kooperationen und Netzwerken stecken.

Die Experten sind weiterhin der Meinung, dass Großunternehmen eher in der Lage sind, Kooperationen einzugehen und Netzwerke zu bilden. Die Hypothesen zum Einfluss der Unternehmensgröße, Unternehmensführung und Unternehmensorganisation auf die Bildung von Netzwerken werden insoweit bestätigt. Großunternehmen besitzen aufgrund der funktionalen und personellen Ausdifferenzierung mehr Möglichkeiten, Schnittstellen für Kooperationen und Netzwerke zu erkennen und zu nutzen, als mittelständische Unternehmen. Dieser bisher noch bestehende Wettbewerbsvorteil von Großunternehmen wird sich jedoch zukünftig vermindern, wenn mittelständische Unternehmen, so auch die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller, in den kommenden Jahren ihre strategische Ausrichtung bzw. Planung verbessern.

Derzeitig liegt ein großes Kooperationshemmnis in der mangelhaften strategischen Planung und Prozesskontrolle vieler mittelständischer Unternehmen. In der Regel gelingt es ihnen, den einzelnen Produktionsprozessen die genauen Kosten zuzuweisen. Sollen allerdings den einzelnen Teilprozessen die Kosten zugewiesen werden, so ist dies nur in wenigen Unternehmen möglich. Dieser Umstand führt dazu, dass unproduktive Teilprozesse – etwa zum Zwecke der Auslagerung – nur

schwer zu identifizieren sind. Das Erkennen von Kooperationspotenzialen wird dadurch erschwert.

Weiterhin ist die Planung der Kostenentwicklung aufgrund der kurzen Produktlebenszyklen – sehr viele Produkte sind bereits nach einem Jahr wieder vom Markt verschwunden – zeitlich äußerst begrenzt und schwierig. Unter anderem aufgrund dieser Marktgegebenheiten beschränkt sich die Planung vieler Unternehmen auf maximal ein Jahr. Nach Meinung der Experten ist es jedoch notwendig, Kooperationen für mehr als ein Jahr zu planen, damit ein merklicher Kooperationsnutzen entsteht. Insoweit werden die Hypothesen zu der Bedeutung von Informations- und Transaktionskosten bestätigt.

Keine Zeit, keine Gelegenheit und mangelhafte institutionelle Rahmenbedingungen

Generell ist laut Ansicht der Experten die Organisationsstruktur der Möbelhersteller in hohem Maße hierarchisch aufgebaut. Aufgrund des geringen Personalbestandes besitzen sie eine schwach ausgeprägte Funktionstrennung. Geschäftsführer, die Kooperationen anbahnen könnten, sind durch die Aufgaben des Tagesgeschäftes überlastet, so dass ihnen die Zeit fehlt, Kooperationsmöglichkeiten des eigenen Unternehmens zu identifizieren. Das mittlere Management besitzt kaum Entscheidungsbefugnisse, wodurch Kooperationspotenziale ungenutzt bleiben. Oftmals werden diese Mitarbeiter Arbeitsplatzsicherung betreiben, indem sie ihre Arbeitsschritte nicht dokumentieren. Die Kommunikation zwischen und innerhalb der Hierarchieebenen der Möbelhersteller ist daher zu verbessern.

Die institutionellen Rahmenbedingungen werden von den Experten der zweiten Runde als ausreichend bezeichnet. Auf der Ebene der Träger der Mitbestimmung, der Forschungsinstitute und der öffentlichen Verwaltung ist ein genügend großes Angebot kooperationsfördernder Maßnahmen vorhanden. Die Befragungsergebnisse verdeutlichen jedoch, dass nur in wenigen Fällen mit staatlichen Institutionen kooperiert wird. Es wird als Aufgabe der regional tätigen staatlichen Institutionen angesehen, regionale Kooperationspartner zusammenzuführen. Generell herrscht jedoch unter den Unternehmern die Meinung vor, dass gerade die öffentlichen Verwaltungen zu unflexibel sind. Diese sollen demnach Anträge schneller bearbeiten und Verwaltungsaufgaben erledigen, ferner mit ihren Entscheidungen Planungssicherheit bieten.

Exkurs

»Widufix«⁹ – Aktiv für Unternehmen im Kreis Herford

Das Projekt »Widufix« ist ein Projekt des Kreises Herford im Rahmen der mehrere Projekte umfassenden Initiative »Mittelstandsfreundliche Verwaltung NRW«. Ziel des Projektes »Widufix« ist, die Dienstleistungen der Verwaltungen des Kreises Herford stärker auf die Bedürfnisse kleiner und mittelständischer Unternehmen abzustimmen. In diesem Zusammenhang sollen den kleinen und mittelständischen Unternehmen mehr Service, eine leichtere Identifizierung von Ansprechpartnern und verlässliche sowie »optimierte mittelstandsbezogene Verwaltungsprozesse« geboten werden. Dies soll durch die Optimierung der verwaltungsinternen Prozesse und durch eine stärker vernetzte Zusammenarbeit aller regionalen, »mittelstandsbezogenen Verwaltungen« erreicht werden. Um diese Ziele zu verwirklichen, stehen zunächst die Mitarbeiter und die vorhandenen Strukturen und Prozesse im Zentrum der Betrachtung. Hierdurch wird sichergestellt, dass sich die Vielzahl der am Projekt beteiligten Verwaltungsangestellten mit den Bedürfnissen und den Anforderungen der ansässigen mittelständischen Unternehmen auseinandersetzen. Außerdem werden hierdurch die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Betrieb der neuen Serviceeinrichtung geschaffen.

Damit diese Voraussetzungen umgesetzt werden, sind Geschäftsprozesse zu optimieren und ein Wissensmanagement aufzubauen. Zur Optimierung der Geschäftsprozesse werden einige wenige Prozesse beispielhaft bearbeitet. Sie dienen als Anschauungsmuster, die auf andere Prozesse zu übertragen sind. Außerdem soll ein Wissensmanagement in Form eines internetbasierten Informationsportals aufgebaut werden. Den Mitarbeitern des Widufix-Netzwerkes werden in diesem Informationsportal wichtige Informationen zu mittelstandsrelevanten Themen zur Verfügung gestellt.

Am 11. Oktober 2002 haben insgesamt 17 Partner sowie zehn Unterstützer die Rahmenvereinbarung zu Widufix unterzeichnet. Es handelt sich um Vertreter aus verschiedenen Verwaltungen und anderen Institutionen der Region. Sie sollen direkte Ansprechpartner für die regionalen Unternehmen sein. Deswegen benennt jeder Partner einen Ansprechpartner und einen Vertreter in seinem Haus. In der Stabsabteilung Wirtschaftsförderung des Kreises Herford wird eine Kontaktstelle eingerichtet. Die Kontaktstelle hat die Aufgabe, Anliegen jedweder Art an den entsprechenden Ansprechpartner zu übermitteln. Dieser hat sich innerhalb der folgenden

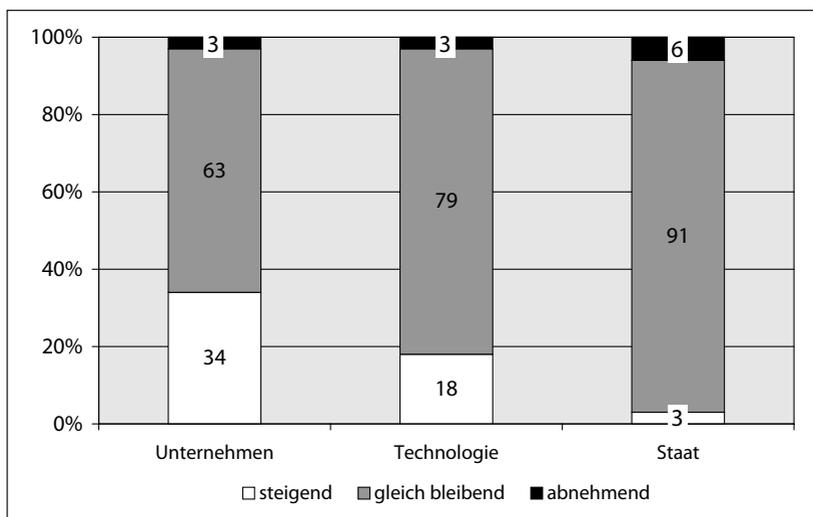
9 Die Ausführungen basieren auf einem Experteninterview und den zur Verfügung gestellten Materialien.

achtundvierzig Stunden bei dem Ratsuchenden zu melden. Bei bedeutsamen Investitionsvorhaben und anderen wichtigen Angelegenheiten stellt der Kreis Herford einen Beratungsservice zur Verfügung. Es wird gewährleistet, dass innerhalb von fünf Tagen eine Beratung vor Ort stattfinden kann.

3.4.2.3.3 Einschätzung der Entwicklung von Kooperationen in den Funktionsbereichen

Kooperationsentwicklung in der Produktion

Abbildung 25: Einschätzungen der Entwicklung der Kooperationen in der Produktion in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 34 bis 35.

Lesebeispiel:

34% der Befragten schätzen die Tendenz bei der Entwicklung von Kooperationen zwischen Unternehmen im Produktionsbereich als steigend ein.

Im Produktionsbereich ist in den letzten Jahren eine gesteigerte Kooperationshäufigkeit mit anderen Unternehmen und, wenn auch in einem geringeren Maße, mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers erkennbar. So antworten 34% der Möbelhersteller, dass die Kooperationshäufigkeit mit

anderen Unternehmen in den letzten Jahren gestiegen ist, wohingegen nur 3% die Kooperationshäufigkeit als abnehmend bezeichnen. Selbst mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers erkennen 18% der Möbelhersteller eine zunehmende Kooperationshäufigkeit und nur 3% eine Abnahme. Wenn diese Tendenzen anhalten, dann sind gerade im Produktionsbereich auch zukünftig vermehrt Kooperationen zu erwarten.

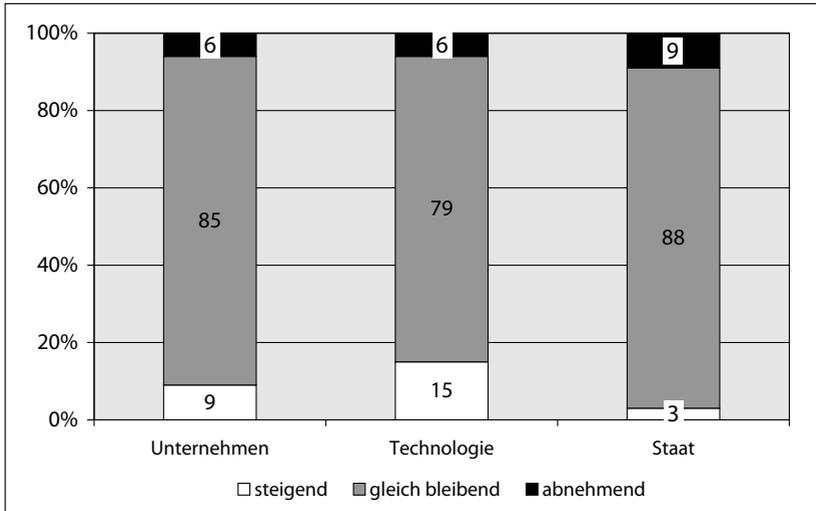
Mit staatlichen Institutionen ist die Kooperationshäufigkeit dagegen leicht rückläufig. 6% der befragten Unternehmen erwarten eine abnehmende und nur 3% eine steigende Kooperationshäufigkeit. Sicherlich bieten sich im Produktionsbereich eher Kooperationen mit anderen Unternehmen oder Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers an. Dennoch können staatliche Institutionen unterstützend tätig werden: z. B. durch Netzwerkberatung, wie es beispielsweise in Österreich der Fall ist.

Die Hypothesen zu Kooperationen und Netzwerken in einzelnen Funktionsbereichen widersprechen insoweit der Selbsteinschätzung der Entwicklung durch die Möbelhersteller, wie dieselben nicht nur Wunschvorstellungen geäußert haben. Den Hypothesen folgend entstehen insbesondere in denjenigen Funktionsbereichen eher weniger Kooperationen und Netzwerke, in denen es zu unerwünschten Spill-over-Effekten kommen kann. Das sind die Funktionsbereiche, in denen neues ökonomisches Wissen und neue Technologien entwickelt und angewandt werden.

Nach Aussage der Experten haben einige Unternehmen in den vergangenen Jahren ehemals ausgelagerte Unternehmensbereiche wieder eingegliedert, um ihre Gesamtauslastung zu erhöhen. Andere Unternehmen sind dagegen eher dem Trend gefolgt, unproduktive Bereiche auszulagern. Ziel ist es hierbei, die vorhandenen Kapazitäten speziell im Produktionsbereich effizient zu nutzen. Die auslagernden Unternehmen streben zudem vermehrt Kooperationen an. Bei derartigen Kooperationen wird anscheinend nicht befürchtet, dass unternehmensspezifisches Know-how ungewollt abfließt, soweit zwischen dem auslagernden Unternehmen und den ausgelagerten Produktionsbereichen die vormals funktionierende Zusammenarbeit vertrauensvoll fortgeführt werden kann. Ohne diese Voraussetzung dürften die erwähnten Hypothesen über Kooperationen in »sensiblen« Funktionsbereichen weiterhin gelten.

Kooperationsentwicklung in der Aus- und Weiterbildung

Abbildung 26: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 33 bis 34.

Im Bereich der Aus- und Weiterbildung kooperieren die Unternehmen tendenziell vermehrt mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und weniger mit staatlichen Institutionen. So sehen 15% der Unternehmen eine steigende Kooperationshäufigkeit mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und nur 6% eine Abnahme. Im Bereich der staatlichen Institutionen ist eine Abnahme von 9% und eine nur geringe Zunahme von 3% zu erkennen. Möglicherweise entspricht das Angebot der staatlichen Institutionen nicht den Anforderungen der Unternehmen oder es ist nicht transparent genug.

9% der befragten Unternehmen sehen eine Kooperationszunahme mit anderen Unternehmen, 6% eine Abnahme. In diesem Bereich stecken erhebliche Potenziale, da Aus- und Weiterbildung im Verbund Kosten senkt und die Qualität fördert. Auch die Defizite im Bereich der Ausbildung – von den befragten 39 Unternehmen bilden nur 23 Unternehmen aus – sind in Kooperationen und Netzwerken lösbar. Das zeigen exemplarisch andere Netzwerkprojekte, die zumindest teilweise auf die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller übertragbar sind. So finden sich z. B. in

OWL einige Ausbildungsnetzwerke unter der Bezeichnung »BANG – Berufliches Ausbildungsnetzwerk im Gewerbebereich« (Westfalen Blatt 2004).

Nach Aussage der Experten der zweiten Runde haben sich die konjunkturellen Probleme der letzten Jahre massiv auf die Ausbildungsaktivitäten ausgewirkt. Die Möbelindustrie ist darüber hinaus keine klassische Ausbildungsbranche gewesen. Sie bildet derzeit nur ca. 25 % ihres Bedarfes aus. Das Holzhandwerk hat in der Vergangenheit kontinuierlich über Bedarf ausgebildet und die Möbelindustrie mit Nachwuchs versorgt. In den letzten Jahren ist jedoch auch im Holzhandwerk nicht mehr über Bedarf ausgebildet worden.

Von den Experten der zweiten Runde wird die Idee einer kooperativen Ausbildung in der Möbelindustrie befürwortet, da aufgrund der derzeitigen Entwicklung langfristig ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften entsteht. Die Hypothesen zu Netzwerken und Kooperationen in einzelnen Funktionsbereichen unterstützen diese Einschätzung, wenn es sich um überbetrieblich nutzbare Qualifikationen handelt. Dies sind vor allem diejenigen Qualifikationen, die in der Ausbildung vermittelt werden. Unternehmensspezifische Qualifikationen werden eher am Arbeitsplatz und in Weiterbildungsmaßnahmen erworben. Diese können vermutlich nur dann in Kooperationen durchgeführt werden, wenn es sich nicht um sensible unternehmensspezifische Qualifikationen handelt. Besteht allerdings Vertrauen unter den Kooperationspartnern, so können Kooperationen auch zur Vermittlung derartiger Qualifikationen eingegangen werden.

Laut einer Umfrage der Zukunftsinitiative Möbelindustrie e. V. besteht bei einem Großteil der Möbelhersteller Interesse an Kooperationsprojekten in der Aus- und Weiterbildung. Die aktuellen konjunkturellen und strukturellen Probleme sind nach dieser Umfrage jedoch vorrangig und die Aus- und Weiterbildungsaktivitäten sind deswegen in den Hintergrund geraten.

Exkurs

Verbundausbildung¹⁰ – funktioniert auch in OWL

Die Initiative Wirtschaftsstandort Kreis Herford e. V. versuchte 2004, zusätzliche, qualitativ hochwertige und der Nachfrage entsprechende Ausbildungsplätze zu schaffen. Die Einstellung der Auszubildenden, die arbeitsrechtliche Funktion des Ausbildungsunternehmens, sämtliche administrative Aufgaben und die Ausbildungsplanung werden von der Initiative übernommen. Eine Übernahmeverpflichtung der Auszubildenden durch die beteiligten Unternehmen besteht nicht. Damit

10 Die Ausführungen basieren auf einem Experteninterview und den erhaltenen Materialien.

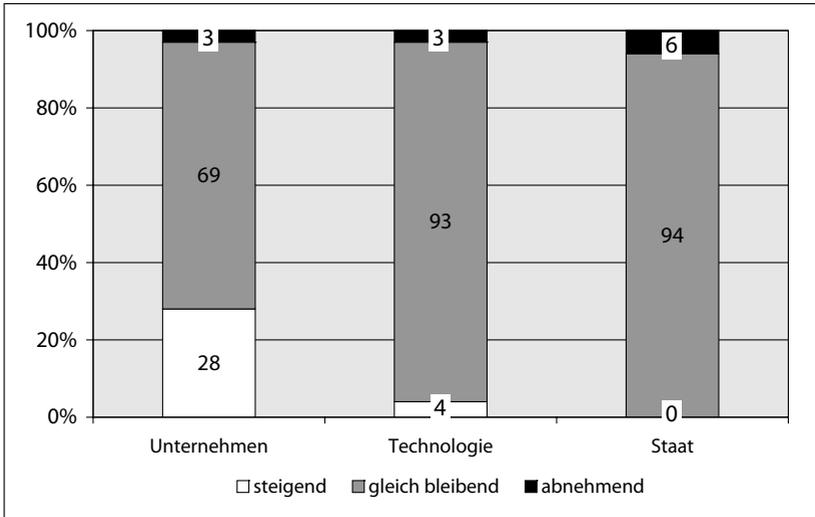
möchte die Initiative einen Beitrag zur Behebung der allgemeinen Knappheit an Ausbildungsplätzen leisten. Unternehmen, die aufgrund ihrer Kapazitäten oder ihrer starken Spezialisierung nicht die Möglichkeit haben, eine vollständige Ausbildung anzubieten, sollen in die Lage versetzt werden, wenigstens Teile einer Ausbildung anzubieten. Vielen kleinen und mittelständischen Unternehmen, unter ihnen vor allem sehr jungen Unternehmen und Existenzgründern, fehlen die Erfahrungen in der Ausbildung oder geschulte Ausbilder, um sämtliche Ausbildungsinhalte im eigenen Unternehmen anbieten zu können. Auch scheuen sie den zusätzlichen wirtschaftlichen, personellen, organisatorischen und zeitlichen Aufwand, der durch die betriebliche Ausbildung anfällt. Nachwuchssicherung wird oft nicht als unternehmerische Aufgabe erkannt.

Das Modell der Verbundausbildung wurde bereits Anfang der achtziger Jahre durch einen Verein aus Hamburg, die Ausbildungsinitiative der Hamburger Wirtschaft e. V., entwickelt und umgesetzt. Dieser Verein wurde 1983 von Hamburger Unternehmen gegründet und hat bisher vierhundert zusätzliche Ausbildungsplätze geschaffen. In OWL hat in jüngster Vergangenheit der Verein Mühlenkreis Minden-Lübecke e. V. durch ein gleichartiges Modell ca. vierzig zusätzliche Ausbildungsstellen geschaffen.

Durch die Verbundausbildung ergeben sich sowohl für die Unternehmen als auch für die Auszubildenden weitreichende Vorteile. Durch die Ausbildung in zwei oder drei Unternehmen werden die fachlichen Kenntnisse der Auszubildenden verbessert, da sie bei den jeweiligen Spezialisten eines Faches ausgebildet werden. Ihre Selbständigkeit, Flexibilität und soziale Kompetenz werden gefördert. Das einzelne Unternehmen muss nicht mehr eine vollständige Ausbildung anbieten, kann jedoch Teilinhalte eines Berufsbildes vermitteln und erhält die Möglichkeit, seinen eigenen Nachwuchs im Verbund auszubilden. Durch eine einheitliche Umlage entstehen zumeist geringere Kosten im Vergleich zu einer vollständig eigenen betrieblichen Ausbildung. Sowohl die Unternehmen als auch die Auszubildenden werden in allen ausbildungsrelevanten Fragen durch den Verein beraten.

Kooperationsentwicklung in der Zulieferung

Abbildung 27: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen in der Zulieferung in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 34 bis 36.

Im Zulieferungsbereich hat sich zwischen den Unternehmen eine Zunahme der Kooperationen ergeben. So antworten 28% der Möbelhersteller, dass die Kooperationshäufigkeit mit anderen Unternehmen im Zulieferungsbereich in den letzten Jahren gestiegen ist. In den Experteninterviews wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Zuliefererprodukte den Endprodukten der verschiedenen Möbelhersteller einen individuellen Charakter geben. Dadurch können sich die Möbelhersteller von ihren Wettbewerbern abgrenzen. Es gibt deswegen kaum Bestrebungen von Seiten der Möbelhersteller, im Zulieferungsbereich mit anderen Möbelherstellern zu kooperieren.

Die Befragungsergebnisse deuten einen leicht entgegengesetzten Trend an. Die Möbelhersteller bilden beispielsweise Einkaufszusammenschlüsse (siehe z. B. Abschnitt 3.5.1 EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH), um bei den Verhandlungen mit deutschen Zulieferern und vermehrt mit ausländischen Zulieferern bessere Konditionen zu erhalten. Neben der Verbesserung der Einkaufskonditionen dienen derartige Kooperationen der Informationsbeschaffung, z. B. welcher Zulieferer welche Produkte und vor allem mit welcher Qualität und Verlässlichkeit liefert.

Einkaufskooperationen ermöglichen es den Möbelherstellern auch, die durch die »Just-in-time«-Produktion in der Möbelherstellung entstandenen Abhängigkeitsverhältnisse zu ihren Zulieferern zu lockern.

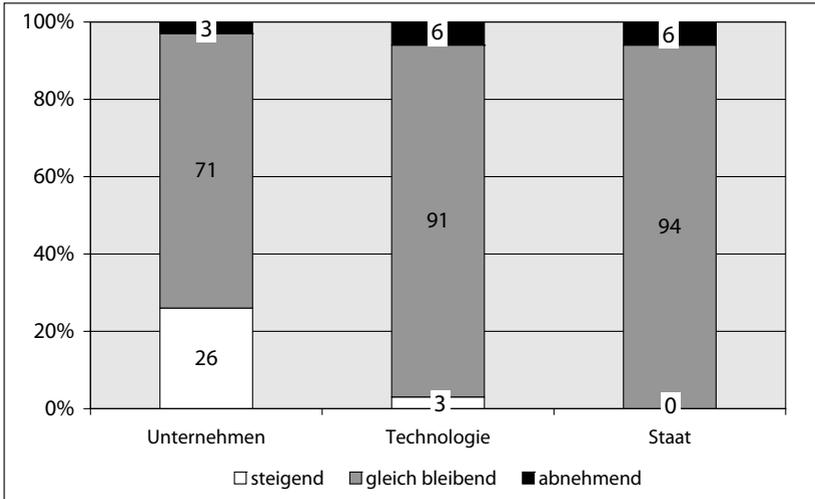
Außerdem können durch eine Einkaufskooperation bestimmte Zulieferer gestärkt werden. Dies gelingt durch größere Abnahmemengen, festgeschriebene Preise oder Mindestabnahmeverträge. Die Planungssicherheit der Zulieferer wird dadurch erhöht. Diese können eine effektivere strategische Planung durchführen. Ihr Geschäftsrisiko wird gesenkt, woran wiederum die Möbelhersteller partizipieren können: vor allem durch niedrigere Preise und verminderte Fehllieferungen.

Kein Unternehmen ist der Ansicht, dass es im Bereich der Zulieferung zu einer steigenden Kooperationshäufigkeit mit staatlichen Institutionen gekommen ist. Insbesondere Wirtschaftsförderungseinrichtungen, deren Hauptaufgabe die Bestandspflege ist, sollten nach Meinung der Experten ihr Dienstleistungsangebot überdenken. Denn sie könnten durchaus als Mittler zwischen Möbelindustrie und Zulieferindustrie fungieren (Bereitstellung von Informationen, Herstellung von Kontakten).

Im Zulieferungsbereich werden vermutlich aufgrund der zukünftig stark abnehmenden Fertigungstiefe bei der Möbelherstellung vermehrt horizontale Einkaufskooperationen entstehen, wenn es sich um die Zulieferung von Zwischenprodukten aus dem Ausland handelt. Beim regionalen Bezug werden dagegen die vertikalen Kooperationen zunehmen, um zum einen die Individualität der Zwischenprodukte der Möbelhersteller zu sichern. Zum anderen soll die Flexibilität und Sicherheit in der Zulieferung erhalten werden. Die Abnahme der Fertigungstiefe ist allerdings mit einem größeren externen Abstimmungsaufwand verbunden.

Kooperationsentwicklung im Vertrieb

Abbildung 28: Einschätzung der Entwicklung der Kooperationen im Vertrieb in den letzten Jahren



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 34 bis 35.

Im Vertrieb antwortet kein Unternehmen, dass es mit staatlichen Institutionen in den letzten Jahren stärker zusammengearbeitet hat. Bei der Erschließung neuer Märkte, gerade auch solchen im Ausland (s. Fallbeispiel ZiMit in Abschnitt 3.5.4), trägt die Hilfestellung von Seiten staatlicher Institutionen dazu bei, die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu verbessern. 26% der Unternehmen antworten, dass die Kooperationshäufigkeit mit anderen Unternehmen im Vertriebsbereich zugenommen hat.

Die Präsentation der Möbel erfolgt entweder auf der »imm cologne«, der Kölner Möbelmesse, oder auf der »M.O.W.«, der Möbelorder-Messe Westfalica. Gerade die »M.O.W.« hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Sie findet in verschiedenen Messezentren in OWL oder in Messezentren statt, die in regionaler Nähe zu OWL liegen. Zu ihnen zählen das Messezentrum Bad Salzuflen, der Messepark Bartrup, die angeschlossenen Hausmessen im Informa-Messezentrum Bad Salzuflen, das Hausmessezentrum Bergmann B66 Lage-Kachtenhausen »an der Möbelmeile«¹¹, das Nobilia Messezentrum Verl-Sürenheide, das Welle Messezentrum Pader-

11 Mit der »Möbelmeile« sind nach Aussage eines Experten die Hausausstellungen der Möbelhersteller zwischen Lippstadt und Delbrück gemeint.

born, das Messezentrum Schieder-Schwalenberg und das Steinhoff Messezentrum Westerstede (Schäfermeier/Möller 2003: 3). 2003 haben auf der »M.O.W.« 604 Aussteller ausgestellt: 399 aus dem Inland und 205 aus dem Ausland (Schäfermeier/Möller 2003: 2). Die »M.O.W.« ist eine reine Fachmesse. Dagegen ist die »imm cologne« auch eine Besuchermesse. 2004 präsentierten dort 1.368 Aussteller aus 48 Ländern ca. 120.000 Besuchern ihre Möbel (imm cologne 2004: 1).

Wenn sich die Möbelhersteller in OWL zukünftig verstärkt an das sich verändernde Wettbewerbsumfeld anpassen und so ihre dynamische Wettbewerbsfähigkeit erhalten wollen, so sind diejenigen Fähigkeiten weiter zu entwickeln, die ein flexibles und schnelles Reagieren auf die wechselnden Marktanforderungen ermöglichen. Diese Fähigkeiten können im Verbund verbessert werden. Vertrieb im Verbund schützt außerdem vor der Nachfragemacht seitens der Einkaufsverbände. Auch die Erschließung neuer, insbesondere ausländischer Märkte, ist im Verbund vorteilhaft, weil dabei die Kosten je Unternehmen gesenkt werden können.

Nach Meinung der Experten fehlt es den ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern im Distributions- und Marketingbereich oft an einer umfassenden Strategie, die ein Produkt von der ersten Idee bis hin zur Endphase des Produktlebenszyklus plant. Marketing wird demnach oft als zu teuer angesehen, da zwar der Aufwand, aber nicht der Nutzen unmittelbar feststellbar ist. Marktanalysen sind nach Meinung der Experten zwar kostenintensiv, müssen jedoch nicht von einzelnen, insbesondere nicht von einzelnen mittelständischen Unternehmen, durchgeführt werden. Das kann kostengünstiger im Verbund geschehen, wobei auch spezialisierte externe Marktforscher beauftragt werden können. Der Aufwand einer individuellen, aber auch einer kooperativen Marktanalyse ist nach Ansicht der Experten mit den Kosten zu vergleichen, die durch eine misslungene Markteinführung eines Produktes entstehen. Dieser Vergleich wird allerdings oft nicht angestellt, obwohl er für die Durchführung von Marktanalysen spricht.

Zwar ist nach Aussage der Experten die Generierung einer deutschen Marke »german furniture« im Ausland vorerst gescheitert, da zu große Qualitätsunterschiede und eine zu große Produktheterogenität zwischen den deutschen Herstellern bestehen und diese deshalb nicht an einer gemeinsamen Vermarktung interessiert sind. Aufgrund der in Deutschland bestehenden Marktsättigung ist jedoch der Vertrieb ins Ausland zu steigern. Werden etwa Messeauftritte gemeinsam organisiert, dann wird das Know-how der Beteiligten gemeinsam nutzbar und es können Kosten verringert werden. An dieser Stelle ist auf die Initiativen der IHK Ostwestfalen zu Bielefeld zu verweisen, die Treffen organisiert, auf denen Unternehmer mit Exporterfolgen anderen interessierten Unternehmern von ihren Erfahrungen berichten.

Nach Aussage der Experten müssen Qualität, Design und Service wieder Verkaufsargumente werden. Der Preis als Verkaufsargument darf nicht allein im Vordergrund stehen, sonst ist eine Entwicklung hin zu ruinöser Konkurrenz mit Preisunterbietungen zu erwarten. Klarheit hat demnach darüber zu bestehen, ob das obere oder das untere Preissegment zu bedienen ist. Produkte im mittleren Preissegment sind in den letzten Jahren immer weniger nachgefragt worden. Dies bestätigt auch Hickl (1995: 71), der einen Rückgang der Nachfrage im mittleren Preissegment und eine Zunahme im oberen sowie vor allem im unteren Preissegment feststellt. Die Konsumenten richten sich nach Aussage der Experten entweder kurzfristig oder langfristig ein. Falls sie sich kurzfristig einrichten, so kaufen sie preisgünstige Möbel. Falls sie sich dagegen langfristig einrichten, so kaufen sie eher hochpreisige Qualitätsmöbel. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass auch preisgünstige Möbel in der Regel nicht von schlechter Qualität sind. Durch den aggressiven Preiswettbewerb osteuropäischer Hersteller ist das Preisniveau im ehemals mittleren Preissegment so weit gesunken, dass diese Möbel mittlerweile im Niedrigpreissegment zu finden sind. Deswegen fehlt den Kunden auch jeglicher Anreiz, Möbel des mittleren Preissegments zu kaufen.

Die für die vergangenen Jahre identifizierte Zunahme der Kooperationen im Vertrieb zwischen den Möbelherstellern unterstützt die Hypothesen zu Kooperationen und Netzwerken in einzelnen Funktionsbereichen. Grund für die Zunahme der Kooperationshäufigkeiten ist, dass beim Vertrieb die Risiken der Aufdeckung und damit des Verlustes von neuem ökonomischen Wissen und neuen Technologien eher gering sind. Hinzu kommt, dass sich die Wettbewerbsbedingungen gewandelt haben und die Erschließung neuer Märkte wegen der Marktsättigung in Deutschland notwendig geworden ist. Die vorgestellten Befunde deuten darauf hin, dass die Markterschließung im Verbund leichter zu bewerkstelligen ist.

3.5 FALLBEISPIELE FÜR ERFOLGREICHE KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER MÖBELINDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

3.5.1 EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH

Am 1.7.2001 wurde die Einkaufskooperation Möbelindustrie gegründet, im Folgenden kurz EKM genannt. Der Gründung ging eine umfassende Analyse des Möbelmarktes voraus. Osteuropa, insbesondere Lettland, Litauen, Russland und Slowe-

nien, außerdem Asien, dort vor allem China, werden als Beschaffungsmärkte bedeutender. Die zunehmende Globalisierung der Beschaffungsmärkte stellt die Unternehmen vor weitreichende Probleme. Unterschiedliche Kulturen, Kommunikationsprobleme sowie Kalkulationsschwierigkeiten aufgrund von Wechselkurschwankungen stellen nur einen Ausschnitt dieser Probleme dar. Um diesen Problemen besser begegnen zu können, wurde die EKM gegründet: Zwölf in einer GmbH zusammengeschlossene Gesellschafter, die inklusive der Tochterunternehmen insgesamt 20 Unternehmen repräsentieren. Diese gehören zu den Teilbranchen Wohn-, Schlaf- und Kleinmöbel sowie Büro- und Objektmöbel. Die Unternehmensgröße variiert zwischen 100 und 400 Mitarbeitern.

In der Vorbereitungsphase der EKM wurden die verschiedenen Materialbereiche der einzelnen Unternehmen geprüft: Glas und Spiegel, Spanplatten, Lichtsysteme, Scharniere u. a. Dabei wurde ersichtlich, dass Kooperationen im Einkaufsbereich zwischen den Möbelherstellern zu Wettbewerbsvorteilen aufgrund von Skalens- und Verbundeffekten führen können. Es erfolgte die Konzepterstellung, um eine Organisation zu gründen. In diesem Zeitraum wurde Mitgliederakquisition betrieben, wobei sich lediglich zwei Unternehmen, die anfängliches Interesse gezeigt hatten, gegen eine Teilnahme an der EKM entschieden.

Um ein Unternehmen zur Teilnahme zu bewegen, ist vor allem der konkrete Nutzen der EKM aufzuzeigen. Traditionell beabsichtigen Einkaufskooperationen, durch günstige Einkaufsbedingungen für mittelständische Unternehmen den Wettbewerbsvorteil von Großunternehmen zu vermindern (Pichler/Pleitner/Schmidt 1996: 22 f.). Die Eigenständigkeit des Einkaufs der einzelnen Unternehmen soll bei der EKM erhalten bleiben. In den identifizierten Bereichen sollen die einzelnen Bedarfe gebündelt werden. Dabei ist es notwendig, dass die Zwischenprodukte standardisiert sind. Zukünftig ist schon bei der Produktentwicklung auf den vermehrten Einsatz standardisierter Zwischenprodukte zu achten. Durch die Bündelung der Bedarfe wird Nachfragemacht geschaffen. Hauptinstrument zur Verbesserung von Konditionen ist der Einkauf von verschiedenen Artikeln bei einem Lieferanten. Weiterhin erhält die EKM durch Bündelung des Einkaufs-Know-hows der beteiligten Unternehmen eine bessere Verhandlungsposition. Durch die Einkaufskooperation erhalten die Unternehmen Reichweitenvorteile. Einem einzelnen Unternehmen ist es aufgrund bestehender logistischer Probleme allein nicht oder nur schwer möglich, auf weit entfernten Märkten einzukaufen, wie zum Beispiel in China. Durch die EKM sowie die damit zusammenhängenden Größen- und Verbundvorteile erschließen sich den beteiligten Unternehmen neue Beschaffungsmärkte. Dies führt zu Kosten- und Wettbewerbsvorteilen. Zurzeit ist die EKM noch eine reine Ein-

kaufskooperation, doch durch den Aufbau von Vertrauen und die durch diese Kooperation verwirklichten Vorteile besteht die Möglichkeit zur Ausweitung der Kooperation auch auf andere Funktionsbereiche.

Die EKM wird als GmbH von einem Geschäftsführer geleitet. Außerdem gibt es einen Beirat, der unabhängig vom Geschäftsführer fungiert. In regelmäßigen Abständen finden Gesellschafterversammlungen statt, auf denen der Beirat gewählt wird. Außerdem dienen die Gesellschafterversammlungen zur Abstimmung über die Aufnahme neuer Mitglieder, über grundlegende Änderungen in der Geschäftspolitik und zur Vorstellung der Bilanz.

Die laufende Geschäftstätigkeit findet in den Materialarbeitsgruppen statt. In ihnen kommen die für die jeweiligen Aufgabenbereiche verantwortlichen Mitarbeiter der beteiligten Unternehmen zusammen. Während der regelmäßigen Treffen der Materialarbeitsgruppen werden Ziele und damit zusammenhängende Aufgaben formuliert. Zu den Aufgaben gehört die Erfassung der Ist-Daten der Mitglieder. Gemeint sind die nachgefragten Mengen, die die Mitglieder von ihren Zulieferern bezogen haben sowie die Erfassung der Artikelpreise. Die Ergebnisse dienen als Basis bei neuen Verhandlungen mit Zulieferern und zur Beurteilung von neuen Angeboten. Es werden konkrete Auftragsvergabevorschläge erarbeitet und den einzelnen Mitgliedern präsentiert. Die Daten sind in das Informationssystem der EKM, eine internetbasierte Datenbank, einzuspeisen. Diese fördert die Transparenz unter den Mitgliedern, informiert über Erfolge und Misserfolge und dient der Kontrolle der Einzelaktivitäten. Sie vermindert außerdem die Fehlerwahrscheinlichkeit in den Materialarbeitsgruppen und beschleunigt Prozesse der Entscheidungsfindung.

Um Mitglied der EKM zu werden, muss ein Bewerber bereit sein, eine kooperative Unternehmensstrategie zu verfolgen. Seine Einkaufsdaten und damit seine Lieferantenverbindungen, seine jeweiligen Einkaufsvolumina und die erzielten Preise für die Zwischenprodukte sind offenzulegen. Der Bewerber muss die Bereitschaft besitzen, Lieferanten zu wechseln, auch wenn langjährige Geschäftsbeziehungen bis hin zu persönlichen Kontakten einen Wechsel erschweren. Die an der EKM beteiligten Unternehmen sind in diesem Zusammenhang als Partner und nicht als Wettbewerber anzusehen. Deshalb müssen die Unternehmen zueinander passen, d. h. es müssen wesentliche Übereinstimmungen in den Materialbereichen vorhanden sein. Der Bewerber hat eine Aufnahmegebühr zu zahlen. Sie dient im Wesentlichen zur Deckung der Kosten der EKM bei Überprüfung der Aufnahmekriterien. Zudem hat der Bewerber bei Aufnahme einen GmbH-Gesellschafter zu stellen.

Im Zusammenhang mit der Entstehung und Entwicklung der EKM wurden verschiedene Hemmschwellen deutlich, die einen Beitritt zunächst erschweren. Die

Mitglieder der EKM sind teilweise direkte Wettbewerber, mit denen eine Kooperation undenkbar erscheint. Es wird ein Identitätsverlust befürchtet, da die Bedarfe anzugleichen und die Zwischenprodukte zu standardisieren sind und es daher letztlich zu einer Vereinheitlichung der Produkte kommen kann. Weiterhin wird ein Imageverlust befürchtet, da die Unterscheidung der eigenen Produkte von denen der Wettbewerber einen Wettbewerbsvorteil darstellt. Schließlich ist der einzelne Unternehmer oft der Meinung, dass er bereits günstige Einkaufspreise für die von ihm benötigten Zwischenprodukte erzielt und durch eine Bekanntgabe diesen Wettbewerbsvorteil verlieren würde. Eine Kooperation ist zudem zeit- und kostenaufwändig. Es ist sehr schwierig, einem potenziellen Mitglied den konkreten Nutzen zu verdeutlichen, der durch die Teilnahme an der Einkaufskooperation zu erwarten ist. Er entsteht erst im Laufe der Zeit. Schließlich kann es bei der Aufteilung der durch die Kooperation entstehenden Gewinne zu Verteilungsproblemen kommen.

3.5.2 SOLI-Consulting

Das Beratungsunternehmen SOLI-Consulting mit Sitz in Schloss Holte hat eine Analyse der Stärken und Schwächen der Möbelbranche insgesamt und auch einzelner Unternehmen durchgeführt. Ergebnis dieser Analyse ist, dass in den Bereichen Transport und Verkehr, Lagerhaltung sowie Umschlag und Kommissionierung erhebliche Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen sind. Um eine bessere Ressourcennutzung zu gewährleisten, müssen die Prozesse, d. h. die Informations-, Material-, Energie- und Produktflüsse im Unternehmen gestrafft und Fehler vermieden werden.

Nach der Bestandsaufnahme wurde die Idee eines »Verbundprojektes für die Zulieferer der Möbelindustrie« modellhaft mit den ca. 20 interessierten Unternehmen diskutiert. Eine Schwierigkeit bestand darin, die Interessierten anhand des Modells von den Vorteilen und den individuellen Nutzen des Projekts zu überzeugen. Es ist schwierig, Unternehmer für etwas zu gewinnen, dessen Erfolg in der Zukunft erwartet wird und insoweit noch unbestimmt ist. Jedes Unternehmen trägt zum potenziellen Erfolg bei. Dennoch hängt der Projekterfolg nicht nur von den einzelnen Unternehmen, sondern auch von seinen Netzwerkpartnern ab. Diese unkalkulierbaren Einflüsse und die damit zusammenhängenden Unsicherheiten hinsichtlich des Projekterfolgs stellen die eigentlichen Schwierigkeiten und Hemmnisse dar, Unternehmer von einer Projektteilnahme zu überzeugen.

Das »Verbundprojekt für die Zulieferer der Möbelindustrie« wird vom Land Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union gefördert. Es ist auf die Dauer von 18

Monaten angelegt und begann im Juni 2003. Von den ca. 20 interessierten Unternehmen beteiligten sich schließlich fünf mit 15 bis 85 Beschäftigten. Ihre Standorte liegen nicht weiter als 100 Kilometer voneinander entfernt. Rund 50% der anfallenden Organisationskosten werden von den fördernden Institutionen übernommen. Zusätzlich erhält jedes Unternehmen für die Schulung seiner Mitarbeiter einen Zuschuss von 20 Euro pro Beschäftigten und Tag. Insgesamt vierzehn Schultage stehen den Unternehmen für gemeinsame Projekte zur Verfügung. Zusätzlich sind für jedes Unternehmen dreizehn Einzelberatungstage und drei Schultage für die Mitarbeiterqualifizierung vorgesehen.

Generell kann jedes mittelständische, vom Inhaber geführte Unternehmen am Netzwerk teilnehmen. Der Teilnahme geht jedoch eine Analyse des interessierten Unternehmens durch den Projektleiter voraus. Dabei wird die Ausrichtung des Unternehmens am Markt untersucht, d. h. seine Produktpalette, sein Wettbewerbsverhalten und seine Mitarbeiterstruktur. Es muss bereit sein, Einblicke in unternehmensinterne Abläufe zu gewähren, allerdings nur soweit, dass der eigene Unternehmenserfolg nicht gefährdet ist. Es muss weiterhin die Bereitschaft vorhanden sein, mit den Netzwerkpartnern unternehmensinterne Probleme zu diskutieren. Gerade von Inhabern geführte Unternehmen besitzen oft ausgeprägte hierarchische Strukturen. Die unternehmensinterne Kommunikation beschränkt sich meistens auf die Weitergabe von Informationen und Anweisungen. Unternehmensrelevante Probleme versucht in der Regel der Unternehmer allein zu lösen, häufig ohne weitere Diskussion mit der Belegschaft. Da ein Netzwerk von der Diskussion lebt, ist es notwendig, die Kommunikationsfähigkeit der Unternehmer zu schulen.

Bei den Netzwerkpartnern handelt es sich sämtlich um Familienunternehmen, in denen, begründet durch die schlechte wirtschaftliche Situation in der Möbeldindustrie, die Bereitschaft zum Umdenken in den Geschäftsleitungen gewachsen ist. Sie wollen die schlechte wirtschaftliche Situation dadurch überwinden, dass überkommene Handlungsmuster durchbrochen und Probleme in einem Netzwerk gelöst werden. Dazu gehört vor allem auch die Formulierung und Abklärung strategischer Optionen.

Problemlösungen in diesem Netzwerk sind möglich, da neben den traditionellen Unternehmensbereichen, in denen jedes Unternehmen seine individuellen Tätigkeitsschwerpunkte besitzt, im Bereich der Produktion vergleichbare Prozesse Anwendung finden. Das Unternehmen Goldkuhle beispielsweise ist seit Generationen Spezialist für Glasveredelung und Naturstein. Die Spilker Natur GmbH hat sich auf die Herstellung individueller Massivholzmöbel für den Wohn- und Speisezimmer-

bereich spezialisiert und die Hunke GmbH Möbelwerkstätten besitzt ihr spezielles Know-how in der Bearbeitung von stark verdichteten Faserplatten und der anschließenden Oberflächenbehandlung mit hochglänzenden Lacken. Neben diesen traditionellen Bereichen besitzen die Unternehmen komplementäre Kompetenzen bezüglich ihrer Produktpaletten. So können drei der fünf Netzwerkunternehmen Möbel-Kränze, Ober- und Unterböden, Profile, Schubkastenvorderstücke und Möbelsockel fertigen. Oberstes Ziel des Netzwerkes SOLI-Consulting ist, die vorhandenen Gemeinsamkeiten so zu nutzen, dass sich für die Netzwerkpartner insgesamt eine Win-Win-Situation ergibt. In den Projekten sollen unter anderem die Mitarbeiter der Unternehmen mit neuen oder verbesserten Verfahren vertraut gemacht werden.

Insgesamt dienen die Projekte dem firmenexternen Wissenstransfer und der Verbesserung der internen Kommunikation, der Wissensgenerierung und Wissensverteilung. Die Spilker Natur GmbH stellte zum Projektstart einer Gruppe von Fachkräften aus den Partnerunternehmen ihr Controllingmodell vor. Die Projektbeteiligten konnten so ein in der Praxis funktionierendes Controllingmodell kennen lernen. Aufgrund der vergleichbaren Prozesse zwischen den Unternehmen besteht die Möglichkeit, das im eigenen Unternehmen verwendete Modell mit dem präsentierten zu vergleichen und daraus zu lernen. Bei der Stefan Morfeld Holzbearbeitung tauschten sich die Beteiligten über potenzielle Kooperationen im Produktionsbereich aus. Ein beteiligter Möbelhersteller hatte beispielsweise in Kooperation mit zwei Netzwerkpartnern eine Möbelfront in einer Aluminium-Glas-Kombination entwickelt. Diese Neuentwicklung war gleichsam als Nebenprodukt des Projekts zustande gekommen. Die Mitarbeiter der Goldkuhle GmbH & Co. KG berichteten über ihr Logistik-System im Lager-, Umschlags- und Transportwesen.

Regelmäßige Gesprächsrunden der SOLI-Consulting dienen der Behandlung unternehmensrelevanter Themen. Beispielsweise wurde so der Einsatz eines neuen Beschlagsystems vorbereitet. Ziel war es, die Flexibilität in der Produktion zu erhöhen und gleichzeitig eine Senkung der Reklamationskosten zu erreichen. Eine Machbarkeitsstudie arbeitete die Vor- und Nachteile dieser Neuerung für den Fertigungsablauf heraus, untersuchte die Stabilität der Konstruktion und die Reklamationsabwicklung und setzte den Mehraufwand ins Verhältnis zu den erwarteten Kosteneinsparungen. Dieses Projekt bezog sich auf eine direkte Veränderung der Produktion, also eines »sensiblen« Funktionsbereichs, und lag im Interesse mehrerer Netzwerkpartner.

In der ersten Phase des Verbundprojektes fanden, moderiert durch die SOLI-Consulting, monatliche Treffen der Führungskräfte der beteiligten Unternehmen statt. Erörtert wurden Themen wie Kundenbindung, Stammdatenpflege, Lager-

wirtschaft und Möglichkeiten zur Kostensenkung. In dieser Phase begannen beispielsweise drei der fünf kooperierenden Unternehmen ein gemeinsames Projekt zur Entwicklung eines neuen Vertriebsweges für die Branche Holzhandwerk-Innenausbau. Ein Unternehmen entwickelt mit zwei netzwerkexternen Partnern einen gemeinsamen Vertrieb. Für die anderen zwei an diesem Projekt beteiligten Unternehmen werden andere Vertriebsvarianten gewählt, die im Netzwerk diskutiert und entwickelt werden. Durch diese Diskussionen sammeln alle Beteiligten Erfahrungen. Außerdem werden neue Kontakte geknüpft, die für weitere Projekte von Bedeutung sein können.

Eine zweite Phase des Verbundprojektes soll das mittlere Management stärker als bisher einbeziehen. Die beteiligten Unternehmer erwarten davon vielfältige Impulse für Innovationen. Durch die Erfolge bei der Entwicklung und Herstellung neuer Produkte und die organisierten Weiterbildungsmaßnahmen ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit im Netzwerk SOLI-Consulting gestiegen. Nicht immer ist das behandelte Projekt für jeden Beteiligten von Interesse. Sobald jedoch wenigstens zwei Unternehmen in dem Projekt Möglichkeiten der Zusammenarbeit oder des Erfahrungsaustauschs sehen, ist es bereits als Erfolg anzusehen.

Bemühungen zur Bildung von drei weiteren Netzwerken durch die SOLI-Consulting sollen folgen. Fernziel ist, bis Ende 2006 ein großes Netzwerk von ca. 20 Unternehmen aufgebaut zu haben.

3.5.3 MACH 2 Weiterbildung

Das Netzwerk »MACH 2« ist 1993 im Kreis Herford von zehn mittelständischen Unternehmen auf Initiative des Arbeitgeberverbandes gegründet worden. MACH 2 ist eine Kooperation zur Personalentwicklung, der zurzeit 23 Unternehmen unterschiedlicher Branchen angehören. Es handelt sich um mittelständische und große Unternehmen aus der Region OWL, die zu den Branchen Maschinenbau, Möbeldindustrie, Textilveredelung, Elektrogeräte, Elektronik, Kunststoffverarbeitung, Farben und Lacke sowie soziale Dienstleistungen gehören. Ihre Gemeinsamkeit besteht darin, dass kein Unternehmen über eine eigene Abteilung zur Personalentwicklung verfügt. Personal ist jedoch ein bedeutsamer Produktionsfaktor. Mitarbeiter besitzen unternehmens- und branchenspezifische Qualifikationen. Deren Weiterentwicklung ist notwendig, um langfristig im sich verstärkenden Wettbewerb zu bestehen. Jedoch reichen häufig die Kapazitäten der einzelnen Unternehmen nicht aus, um die Mitarbeiter bedarfsgerecht weiterzubilden. Die Personalarbeit ist »Chefsache« oder Angelegenheit des kaufmännischen Leiters oder des Betriebsleiters. Von

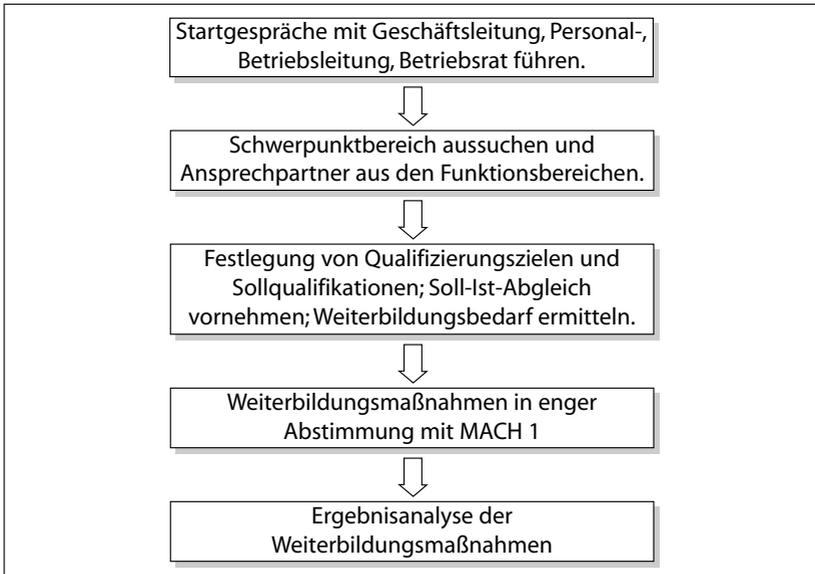
wenigen Ausnahmen abgesehen, beschränkt sich die klassische Personalarbeit auf die Personalverwaltung. Im Übrigen hat das Tagesgeschäft Vorrang. Aus Zeitmangel wird eine bedarfsgerechte Analyse der Personalentwicklung nur unzureichend durchgeführt (Helbich 2002: 310).

MACH 2 stellt den beteiligten Unternehmen ein bedarfsgerechtes Weiterbildungsangebot zur Verfügung. Dieses wird durch ein zentrales Netzwerkmanagement gesteuert. Durch den ständigen Kontakt mit den Mitarbeitern anderer Unternehmen entwickelt sich Vertrauen. Weitere über MACH 2 hinausgehende Kooperationsbeziehungen in verschiedenen Funktionsbereichen können entstehen. Sie fördern einen verstärkten Wissenstransfer im und zwischen den Unternehmen. Durch diesen Wissenstransfer kann eine Verbesserung der Arbeitsprozesse und der Produkte erreicht werden.

MACH 2 bedient sich der Infrastruktur des modernen Bildungszentrums von MACH 1, das über einen Dozentenpool, eine funktionierende Organisation und geeignete Räumlichkeiten und Medien in Herford verfügt (Helbich 2002: 309). Es wurden zwei Personalentwickler eingestellt (Helbich 2000b: 349). Zu den Aufgaben der Personalentwickler gehören:

- die bedarfsgerechte Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs der Mitarbeiter,
- die bedarfsgerechte Qualifizierung,
- eine kontinuierliche Erfolgskontrolle zum Zwecke der Transfersicherung,
- bei Bedarf die Anwendung von anderen Ansätzen zur Personalentwicklung (Helbich 2001: S.123).

Abbildung 29: Vorgehensweise von MACH 2



Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an MACH 2 – Unsere Vorgehensweise 2004).

Abbildung 29 veranschaulicht die Vorgehensweise der Personalentwicklung bei MACH 2. Für die Bedarfsermittlung sind Gespräche mit der Geschäftsleitung, der Personal- und Betriebsleitung und dem Betriebsrat zu führen. Es werden Bereiche identifiziert und wichtige Ansprechpartner für die Ermittlung der Weiterqualifizierungsbedarfe benannt (Koordinatoren). In einem Unternehmen sind drei Personengruppen für die Personalentwicklung von Bedeutung: die Geschäftsführer, die Führungskräfte und die Koordinatoren. Die Koordinatoren sind die Hauptansprechpartner der Personalentwickler. Sie sind, abhängig von der Zielsetzung der Personalentwicklungsmaßnahme, Mitarbeiter aus dem Personalwesen, Assistenten der Geschäftsführung, Abteilungs- oder Ausbildungsleiter (Helbich 2000b: 354). Der Kontakt der Personalentwickler zu den Geschäftsführern ist gering. Er beschränkt sich auf die Beziehungspflege und die Mitgliederakquisition (Helbich 2001: 127 f.). Bedeutsamer für den Erfolg der Personalentwicklungsmaßnahme sind die Führungskräfte: z. B. Abteilungs-, Sachgebiets- oder Projektleiter und Meister. Diese Führungskräfte aus dem mittleren Management brauchen die Personalentwickler, um spezielle Aufgaben zu lösen, und die Personalentwickler brauchen wiederum das mittlere Management für die Umsetzung der erarbeiteten und vorgeschlagenen Lösungen.

Das mittlere Management ist die Ebene, die neue personelle Anforderungen identifiziert und diese bei Bedarf an die Personalentwickler heranträgt. Typisch für Mitarbeiter im mittleren Management in kleinen und mittelständischen Unternehmen sind ihre Mehrfachfunktionen. Der kaufmännische Leiter ist beispielsweise gleichzeitig Personalleiter, der Ausbildungsleiter gleichzeitig Beauftragter für Sonderanfertigungen in der Produktion und Betreuer von Besuchergruppen. Diese Mehrfachfunktionen schaffen Transparenz und Überschaubarkeit (Helbich 2000a: 5).

Der Identifizierung der jeweiligen Ansprechpartner folgt die Festlegung der Qualifikationsziele. Zu Beginn werden die Sollqualifikationen der Mitarbeiter festgelegt. Die Festlegung erfolgt in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Führungskräften und den jeweiligen Mitarbeitern. Durch die Einbeziehung aller Gruppen in den Weiterbildungsprozess wird eine möglichst bedarfsgerechte Ermittlung möglich. Danach erfolgt ein Soll-Ist-Abgleich zur Identifizierung der Weiterbildungsbedarfe. Abhängig von den jeweiligen Bedarfen werden die Mitarbeiter in den themenspezifischen Seminaren von MACH 1 oder in firmenspezifischen Maßnahmen im Unternehmen geschult (Helbich 2000b: 355).

Im Anschluss an die Weiterbildungsmaßnahmen erfolgen die Ergebnisanalyse und der Ergebnistransfer. Durch Rückmeldungen der Seminarteilnehmer und solche zwischen Seminarteilnehmern, Vorgesetzten und Personalentwicklern sollen die Qualität der durchgeführten Maßnahme und weitere Weiterbildungsbedarfe festgestellt werden. Die Weiterbildungsmaßnahmen sollen einen ständigen Verbesserungsprozess durchlaufen (Helbich 2000b: 356 f.).

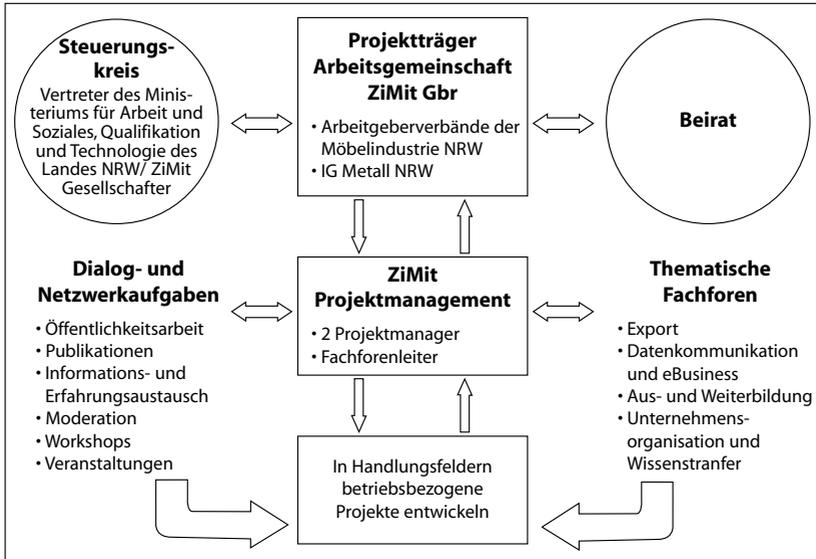
Generell ist die Initiierung von Weiterbildungsmaßnahmen mit Kosten für das Unternehmen verbunden. Zusätzliche Kosten verursacht – neben der Weiterbildungsmaßnahme selbst – die Beratung durch einen Personalentwickler. Er bringt sein Wissen sowie das Wissen anderer Netzwerkpartner ein, mit denen er in ständigem Kontakt steht (Helbich 2000: 359). Die Finanzierung von MACH 2 erfolgt über eine pauschale Umlage von 2.050 Euro und einen Jahresbeitrag von 9 Euro pro Mitarbeiter (MACH 2 – Personalentwicklung 2004).

3.5.4 ZiMit-Zukunftsinitiative Möbelindustrie NRW

Am 1. Dezember 2001 nahm die Zukunftsinitiative Möbelindustrie NRW (ZiMit) ihre Arbeit auf. In der zunächst auf drei Jahre angelegten Initiative sollten verschiedene Kooperationsprojekte durchgeführt werden. Ziel war, die Wettbewerbsfähigkeit der nordrhein-westfälischen Möbelindustrie nachhaltig zu steigern (ZiMit 2002a: 1).

Aufbau und Funktionsweise der ZiMit

Abbildung 30: Aufbau der ZiMit



Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an ZiMit 2002a: 1).

Die ZiMit wurde von den Arbeitgeberverbänden der Möbelindustrie NRW und der Industriegewerkschaft Metall NRW als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) in Herford gegründet. Die ZiMit wird von zwei Geschäftsführern geleitet. Zwei Projektmanager sind für die Dialog- und Netzwerkaufgaben verantwortlich. Darüber hinaus arbeiten sie eng mit den Leitern der einzelnen Fachforen zusammen und geben die Ideen des Steuerungskreises und des Beirates weiter. Der Steuerungskreis formuliert die Aufgaben der ZiMit und diskutiert das Arbeitsprogramm. Beteiligt sind neben den ZiMit-Gesellschaftern auch Repräsentanten des Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Energie des Landes Nordrhein-Westfalen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind durch Branchenexperten im Beirat vertreten.

Der Steuerungskreis berät die Arbeitsergebnisse der Fachforen. In den thematisch ausgerichteten Fachforen werden von Experten aus den jeweiligen Teilbranchen der Möbelindustrie Projektideen entwickelt, die in den Unternehmen umgesetzt werden sollen. Fünf Fachforen sind für die Bereiche moderne Unternehmensorganisation, Export, Datenkommunikation und E-Business, Aus- und Weiterbildung und Wissenschaft, Technologie und Zukunftsaufgaben gegründet wor-

den (ZiMit 2002a: 2 f.). Am 1. März 2003 wurden die Aktivitäten des Fachforums moderne Unternehmensorganisation und des Fachforums Wissenschaft, Technologie und Zukunftsaufgaben im Fachforum Unternehmensorganisation und Wissenstransfer zusammengefasst (ZiMit 2002d: 4).

Das Fachforum Unternehmensorganisation und Wissenstransfer

Im Fachforum Unternehmensorganisation und Wissenstransfer werden unternehmensinterne Prozesse analysiert, um eine bessere Kunden- und Marktorientierung zu erreichen. Dabei sind die Handlungsfelder Qualitätsproduktion, Arbeitsorganisation, Technikgestaltung, moderner Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Logistik zu unterscheiden. Ziel ist, die Kooperationsbereitschaft mit den Technologieanbietern und dadurch die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Möbelhersteller zu steigern (ZiMit 2002a: 3).

Im Rahmen des »Möbel-Kontrakts« zwischen der Fachhochschule Lippe und Höxter und der ZiMit soll die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Möbelindustrie verbessert werden. Ziel ist die Optimierung der Produktionsprozesse der Möbelhersteller (ZiMit 2002d: 4). Dabei untersuchen Experten der Fachhochschule die Produktionsprozesse der einzelnen Möbelhersteller, um Vorschläge zu erarbeiten, bei deren Umsetzung eine nachhaltige Steigerung der Produktivität und Qualität erreicht wird (ZiMit 2003b: 2). Ein erfolgreiches Projekt in diesem Zusammenhang stellt das Restrukturierungsprojekt »SPOT« dar. Hierbei gelang es dem Unternehmen Zumtobel Staff aus Lemgo, einem Zulieferer der Möbelindustrie, mit Unterstützung der Fachhochschule Lippe und Höxter und durch Zusammenarbeit von Geschäftsführung und Betriebsrat, die betrieblichen Prozesse derart umzustrukturieren, dass die Produktivität nachhaltig gesteigert werden konnte (ZiMit 2002d: 1).

Das Design-Projekt »PROLOG«, eine Kooperation zwischen der CoinCo Unternehmensberatung Köln, der Fachhochschule Lippe und Höxter und mehreren nordrhein-westfälischen Möbelherstellern hat zum Ziel, Produkt- und Designstrategien für die Möbelindustrie zu entwickeln (ZiMit 2003a: 3). Das Teilprojekt »PROLOGcode« unterstützt ganzheitliche Design- und Kommunikationsstrategien. Auf Veranstaltungen und Workshops werden Projekterfahrungen einem interessierten Publikum präsentiert, um einen Wissenstransfer zu erreichen (ZiMit 2003a: 3). Das Teilprojekt »PROLOGKompass« unterstützt die nordrhein-westfälischen Möbelhersteller bei der systematischen Produktentwicklung und dem Aufbau eines Innovationsmanagements (ZiMit 2003a: 3). Es sollen neue Produkte konzipiert, in den Markt eingeführt

und über einen bestimmten Zeitraum begleitet werden. Ein Wissenstransfer in die Branche soll durch begleitende Workshops erfolgen (ZiMit 2003c: 1).

Das Fachforum Datenkommunikation und E-Business

Ziel des Fachforums Datenkommunikation und E-Business ist die »Harmonisierung der in der Holz- und Möbelindustrie, der Zulieferindustrie und der im Möbelhandel üblichen elektronischen Standards« (ZiMit 2002b: 3). Insbesondere die unterschiedlichen elektronischen Standards stellen potenzielle Fehlerquellen dar und verursachen erhebliche Kosten. Durch eine Vereinheitlichung der Standards können die Kosten verringert und dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Beteiligten erhöht werden.

Insbesondere bei der Katalogdatenerstellung für planungsintensive Möbel wird bisher keine einheitliche Vorgehensweise befolgt. Häufig treten bei der Datenübermittlung unter den Möbelherstellern, aber auch zwischen den Möbelherstellern und dem Möbelhandel Fehler auf, die erhöhte Informations- und Transaktionskosten verursachen. Die ZiMit versucht, durch die Entwicklung eines Erfassungs- und Pflgetools die datenlogistischen Prozesse zu vereinheitlichen (ZiMit 2002c: 2). Mit Hilfe der Errichtung eines Clearing Centers wird der Datenaustausch zwischen den Möbelherstellern und den Händlern verbessert. Zukünftig sollen immer mehr Möbelhersteller und Möbelhändler von einem reibungslosen Datenaustausch profitieren (ZiMit 2003b: 3).

Das Fachforum Export

Deutschland ist mit einer Exportquote von 27,1 % im Jahr 2001 absolut gesehen das zweitgrößte Möbelexportland der Welt (Csil 2003: 34, 47). Ausländische Wettbewerber versuchen, den deutschen Möbelmarkt zu erschließen. Sie erhöhen dadurch den Wettbewerbsdruck. Das Fachforum Export setzt sich daher zum Ziel, den Export deutscher Möbel zu fördern. Auf Bundes- und Landesebene existieren zwar seit Jahren Programme, die eine Beteiligung deutscher Möbelhersteller an Gemeinschaftsständen auf ausländischen Messen unterstützen, doch beschränken sich diese Programme auf eine reine Messebeteiligung.

Ziel des Fachforums Export ist darüber hinaus die »Förderung von strategischen Allianzen zur Erschließung neuer Märkte und zur Begleitung und Unterstützung bei einem Markteinstieg« (ZiMit 2002a: 4). Aus diesem Grund wurden in Moskau, Dubai und den USA (High Point, North Carolina) drei Dienstleistungszentren eröffnet. Mit ihrer Hilfe wird interessierten Möbelherstellern der Eintritt in ausländische Märkte ermöglicht. Neben der Personalrekrutierung und der Mitarbeiterqualifizierung wer-

den insbesondere in der Startphase Kontakte zu potenziellen Kunden hergestellt. Darüber hinaus werden Marktanalysen durchgeführt, Informationsdatenbanken erstellt und Übersetzungshilfen angeboten. Es werden z. B. Aufbauanleitungen in die jeweilige Landessprache übersetzt.

Die Einrichtung von Firmenpools im Ausland ist eine weitere Initiative der ZiMit, die der Markterschließung dient (ZiMit 2004: 1). Kleine (2000: 23) definiert einen Firmenpool als eine Gruppe, die aus mindestens drei selbstständigen Unternehmen besteht. Diese Gruppe betreibt eine gemeinsame Kontaktstelle im Ausland. Ziel ist, vor Ort die Vertriebs- und Service-Interessen der Mitglieder zu vertreten. Nach einer Anschubfinanzierung sollen die Firmenpools sich selbst finanzieren (ZiMit 2004: 1).

Das Fachforum Aus- und Weiterbildung

Aufgabe des Fachforums Aus- und Weiterbildung ist, die Möbelhersteller bei der Identifizierung notwendiger Qualifizierungsbedarfe und bei der Durchführung geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen zu unterstützen (ZiMit 2002a: 4). Das Projekt KoBIHOLZ organisiert beispielsweise eine gemeinsame Berufs- und Ingenieurausbildung. Es handelt sich hierbei um eine Kooperation zwischen der Entwicklungs- und Innovationsgesellschaft für die Möbel- und Zulieferindustrie Westfalen-Lippe (EINO), der Fachhochschule Lippe und Höxter sowie 20 Unternehmen des Möbelhandwerks und der Möbelindustrie. Die innerbetriebliche Ausbildung wird dabei mit dem Ingenieurstudium kombiniert. Hierdurch lässt sich eine bessere Verknüpfung von Theorie und Praxis erreichen. Darüber hinaus beabsichtigt das Projekt KoBIHOLZ, die Ausbildungszeiten zu verkürzen, die Attraktivität von Möbelberufen zu steigern und den Wissenstransfer zwischen der Fachhochschule und den Unternehmen zu erhöhen (ZiMit 2002a: 4).

Um ein internationales Austauschprojekt für Auszubildende der Holz- und Möbelindustrie bzw. deren Zulieferindustrie handelt es sich beim Projekt »QuaMi-Möbel«. Unter Leitung des Erich-Gutenberg-Berufskollegs können die Auszubildenden der Möbelindustrie Erfahrungen durch Auslandspraktika sammeln. Es werden Praktika in Italien, Frankreich, Großbritannien und Polen angeboten. Ziel ist, die Mitarbeiter vielseitig zu schulen und sie mit den Kulturen der anderen Länder vertraut zu machen (ZiMit 2003b: 3 f.). Insbesondere im Hinblick auf die zukünftig notwendige Erschließung ausländischer Märkte können die Erfahrungen derjenigen Mitarbeiter hilfreich sein, die ein Auslandspraktikum absolviert haben.

Ausblick für ZiMit

Da sich die nordrhein-westfälische Möbelindustrie weiterhin in einer Krise befindet und durchaus Teilerfolge der Initiative ZiMit erzielt worden sind, ist deren Fortführung bis mindestens 2007 vorgesehen (Neue Westfälische 2004). Es erscheint allerdings sinnvoll, die Initiative ZiMit stärker als bisher mit anderen Kooperationsinitiativen in der Möbelbranche abzustimmen sowie die Erfahrungen mit Kooperationsinitiativen anderer Branchen zu berücksichtigen.

3.6 ZWISCHENFAZIT: STRUKTUR DER ABSATZ- UND BESCHAFFUNGSMÄRKTE DER OSTWESTFÄLISCH-LIPPISCHEN MÖBELINDUSTRIE SOWIE ENTWICKLUNG VON ANBIETER- UND NACHFRAGEMACHT DURCH KOOPERATIONEN

Aus den Ausführungen in Kapitel 3 wird deutlich, dass sich die Möbelindustrie der Region OWL in einer Krise befindet. Zu unterscheiden sind die Konjunktur- und die Branchenkrise. Für eine Konjunkturkrise gibt es verschiedene Gründe, die sich – bezogen auch auf die Möbelindustrie in OWL – in einer Kaufzurückhaltung der Nachfrager äußern. Handelt sich um eine Branchenkrise, so ist die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen mit ihren kurzfristig nicht veränderbaren Produktionskapazitäten näher zu betrachten. In diesem Kapitel sind vor allem für eine Branchenkrise Anhaltspunkte gefunden worden: gemessen an dem Rückgang der Beschäftigtenzahlen (Abbildung 2), der Anzahl der Unternehmen (Abbildung 3) und der Umsätze (Tabelle 2). Eine wesentliche Steigerung der Arbeitsproduktivitäten der Möbelhersteller in OWL wurde zwischen 1995 und 2002 nicht erreicht (Abbildung 5). Ob eindeutig eine konjunkturell verursachte Krise oder eine Branchenkrise vorliegt, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Es ist den Möbelherstellern in OWL anscheinend nicht gelungen, auf die Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes ausreichend zu reagieren. Insofern wird im Folgenden von einer Branchenkrise ausgegangen.

Auf die anhaltende Branchenkrise der Möbelhersteller in OWL mit einer Verlagerung der Produktion ins Ausland zu reagieren, kann sich als Fehlentscheidung erweisen, falls diese Entscheidung hauptsächlich auf Grundlage der vergleichsweise geringen Personalkosten im Ausland getroffen wird. Zu diesem Ergebnis kommen empirische Analysen der Standortverlagerungen von Unternehmen. Diese Verlagerungen sind mit hohen Risiken des Scheiterns verbunden, wenn sie hauptsäch-

lich wegen einzusparenden Personalkosten erfolgen, ohne weitere Kosten am neuen Standort sowie potenzielle Entwicklungsmöglichkeiten am alten Standort zu berücksichtigen (BMBF 2003: 1). Zwischen 1997 und 2001 hat sich das Verhältnis von Rückverlagerern zu Verlagerern stark erhöht. Die geringe Flexibilität und Qualität der Produktion im Ausland sowie zuvor nicht berücksichtigte Kosten (diverse Informations-, Transaktions- und »Vernetzungskosten«) werden als Gründe für die Rückverlagerungen genannt. Erst langsam gewinnen die Entwicklung von Kernkompetenzen am alten Standort sowie eine verbesserte Markt- und Kundenorientierung an Gewicht (BMBF 2003: 2). Es kann demnach nicht ohne weiteres der Aussage Thurrows (1996: 169) gefolgt werden: »Zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit steht uns eine globale Wirtschaft zur Verfügung, in der alles überall produziert und verkauft werden kann. Für kapitalistische Volkswirtschaften bedeutet das, dass alle Produkte und Dienstleistungen jeweils dort hergestellt und erbracht werden können, wo die dafür entstehenden Kosten am niedrigsten sind. Die so entstandenen Produkte und Dienstleistungen können dann in allen Teilen der Welt verkauft werden, in denen die Preise und Gewinne am höchsten sind.«

Die Handlungsempfehlungen im folgenden Kapitel 4 dienen dazu, die Wettbewerbsfähigkeit der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller am alten Standort zu erhöhen, d. h. eine bessere Anpassung an das Wettbewerbsumfeld zu erreichen und vorhandene Überkapazitäten zu nutzen oder abzubauen. Ziel ist die Stärkung des Standortes OWL für die ansässigen Möbelhersteller und deren Zulieferer und damit die Sicherung eines möglichst hohen Beschäftigungsniveaus.

In der ostwestfälisch-lippischen Küchenmöbelindustrie ist nur eingeschränkt von einer Branchenkrise auszugehen (Tabelle 2). Die Küchenmöbelindustrie in OWL besitzt im Vergleich zu den anderen Teilbranchen der Möbelindustrie die höchste Exportquote. Sie wird 2004, insbesondere aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Exportquote, schätzungsweise um annähernd 3 % wachsen (Heumann 2004: B7). Zudem liegt ihre Arbeitsproduktivität über den Arbeitsproduktivitäten der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller der anderen Teilbranchen. Zwischen 1995 und 2002 ist die Anzahl der Küchenmöbelhersteller in OWL nur um 6,5 % zurückgegangen, die Zahl der Unternehmen z. B. in der Teilbranche sonstige Möbel dagegen um 20 % (Abbildung 3). Nach Aussage der Experten ist davon auszugehen, dass sich die Hersteller von Küchenmöbeln bereits weitgehend an das veränderte Unternehmensumfeld angepasst haben (»Marktbereinigung«).

Vor diesem Hintergrund beziehen sich die folgenden Handlungsempfehlungen auf diejenigen Möbelhersteller in OWL, die von der Branchenkrise betroffen sind. Das sind vor allem die mittelständischen Unternehmen, wobei diese Gruppe noch

einmal unterteilt werden kann in solche mit 200 und mehr Beschäftigten und mit weniger als 200 Beschäftigten. Immerhin 85 % der Möbelhersteller in OWL haben weniger als 200 Beschäftigte (Abbildung 16).¹² Eine Strategie, um der krisenhaften Entwicklung, dem zunehmenden Wettbewerbsdruck und damit den Veränderungen im Wettbewerbsumfeld zu begegnen, ist in der Bildung von horizontalen und vertikalen Kooperationen bis hin zu Netzwerken zu sehen. Ein Großteil der Dienstleistungen, außerdem viele Maschinen und Zwischenprodukte werden in OWL eingekauft. Dennoch bestehen nach Aussage der Experten mit den hier ansässigen Zulieferern oftmals nur typische Zulieferer- und Abnehmerbeziehungen, die nicht den Charakter von vertikalen Kooperationen aufweisen. Horizontal wird in einem noch geringeren Maß mit anderen Möbelherstellern, mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen in den Funktionsbereichen Produktion, Aus- und Weiterbildung, Zulieferung und Vertrieb kooperiert. Zwar hat die Kooperationshäufigkeit in den vergangenen Jahren horizontal vor allem mit anderen Möbelherstellern zugenommen, sie bewegt sich jedoch nach wie vor auf einem insgesamt niedrigen Niveau. Dafür sind vermutlich die zuvor behandelten Kooperationshemmnisse verantwortlich.

Nach Aussage der Experten wird auf die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller sowohl Nachfragemacht durch die Einkaufsverbände als auch Anbietermacht durch die Zulieferindustrie ausgeübt, da letztere hauptsächlich die Forschung und Entwicklung für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller durchführt. Inwieweit dieser Entwicklung entgegengewirkt werden kann, hängt im Wesentlichen von der Struktur der Absatz- und Beschaffungsmärkte ab, auf denen die Möbelhersteller in OWL aktiv sind. Es ist zu klären, wie die Möbelhersteller Marktmacht auf ihren Absatz- und Beschaffungsmärkten aufbauen bzw. ihre Abhängigkeit von Einkaufsverbänden und Zulieferern abbauen können. Auf den deutschen Möbelmarkt als Hauptabsatzmarkt wird Bezug genommen, da der Anteil des Auslandsumsatzes am Gesamtumsatz derzeit noch gering ist (Tabelle 2). Auf der Beschaffungsseite wird auf die deutschen Beschaffungsmärkte für Maschinen, Dienstleistungen und Zwischenprodukte Bezug genommen, denn ausländische Beschaffungsmärkte sind bisher kaum von Bedeutung (Abbildung 20).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Möbelhersteller in OWL aufgrund der bestehenden Nachfragemacht der Möbeleinkaufsverbände sowie der Anbietermacht der Zulieferer nicht in der Lage sind, die Absatzpreise der Möbel und deren

12 Wird im Folgenden von den ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern gesprochen, so sind damit diejenigen gemeint, die weniger als 200 Beschäftigte besitzen.

Produkteigenschaften sowie die Einkaufspreise für die Zwischenprodukte wesentlich zu beeinflussen. Da sich viele Möbelhäuser zu Möbeleinkaufsverbänden zusammengeschlossen haben und der Marktanteil der zehn größten Möbeleinkaufsverbände rund 60 % am Gesamtmöbelumsatz in Deutschland ausmacht (Abbildung 4), besitzen die Möbeleinkaufsverbände Nachfragemacht. Sie sind in der Lage, die Preise für Möbel und deren Produkteigenschaften wesentlich zu beeinflussen (Branchenbild 2004: 2). Deswegen sind neben den Endkunden vor allem die Möbeleinkaufsverbände in die strategische Planung der Möbelhersteller in OWL einzubeziehen.

Nach Aussage der Experten haben die Möbelhersteller in OWL Teile der Produktion ausgelagert und damit auch die in ihnen betriebene Forschung und Entwicklung. Zwar sind die kleinen Zulieferer von den Möbelherstellern in OWL abhängig, sofern sie nur für einen Möbelhersteller produzieren. Doch es sind auch große Zulieferer in OWL ansässig, die Forschung und Entwicklung für die Möbelhersteller betreiben. Insoweit befinden sich die Möbelhersteller der Region OWL in einer technologischen Abhängigkeit (»divided technical leadership«; Bresnahan/Greenstein 1999: 3). Diese Abhängigkeit kann nicht ohne weiteres – wie auf den Absatzmärkten – durch erhöhte Marktmacht verringert werden, die mit Einkaufskooperationen der Möbelhersteller verbunden ist. Vielmehr können Möbelhersteller Forschungs- und Entwicklungskooperationen dazu nutzen, zusammen wieder mehr Forschung und Entwicklung zu betreiben und so ihre technologische Abhängigkeit zu verringern. Möbelhersteller können alternativ die Forschung und Entwicklung von Zulieferern stärker beeinflussen, indem sie diese in Forschungs- und Entwicklungskooperationen einbinden (s. Abschnitt 4.1.3).

Die beschriebene Situation auf den Absatzmärkten kann für einen repräsentativen Möbelhersteller in OWL in die folgende Formel der Oligopoltheorie übersetzt werden (Martin 1988: 112; Morasch 2003: 30):

$$\frac{p - K'}{p} = \frac{m_i}{\varepsilon}$$

Aufgrund der Konkurrenzsituation der Möbelhersteller und der Konzentration im Möbelhandel ist die Preiselastizität der Nachfrage (ε) hoch. Weiterhin ist, insbesondere durch den Gewinn von Marktanteilen seitens der ausländischen Möbelhersteller, der Marktanteil (m_i) des repräsentativen Möbelherstellers zurückgegangen. Deswegen ist anzunehmen, dass sich die Differenz zwischen dem Preis (p) und den Grenzkosten (K') verringert hat. Durch eine Erhöhung des Marktanteils (m_i) kann zum einen die Preissetzungsmacht einzelner, zum anderen aber auch die Preisset-

zungsmacht mehrerer, gleichsam wie ein Kartell kooperierender ostwestfälisch-lippischer Möbelhersteller zunehmen. Ein größerer Aufschlag auf die Grenzkosten wird möglich (Martin 1988: 113; Morasch 2003: 30). Die zuvor angeführte Formel lässt sich für die kooperierenden Möbelhersteller wie folgt weiterentwickeln:

$$\frac{p - K'}{p} = \frac{H}{\varepsilon}$$

K' entspricht nunmehr den durchschnittlichen Grenzkosten der kooperierenden Unternehmen. H stellt den Herfindahl-Hirschman Index dar. Er misst die Summe der quadrierten Marktanteile der einzelnen Möbelhersteller (Martin 1988: 102). Durch Kooperationen können die Möbelhersteller in OWL ihre Marktmacht (H) gemeinsam erhöhen, wobei die Marktanteile dann nicht mehr einzeln die Preisaufschläge bestimmen, sondern die quadrierten Marktanteile aller kooperierenden Möbelhersteller. Je mehr Möbelhersteller sich also in einem Markt zu einer Kooperation zusammenschließen, desto höher wird ihre Preissetzungsmacht (maximal bis hin zum Kollektivmonopol mit $H=1$). Martin (1988: 113) führt hierzu aus: »The more sales are concentrated in the hands of a few large firms [bzw. der in Kooperation und abgestimmt agierenden Unternehmen; d. Verf.], the greater the effect of output restrictions, which push the price up, and the smaller the effect of independent decision making, which pushes the price down«.

Bezogen auf die überwiegend mittelständische Möbelindustrie in OWL wären Kooperationen mit einer Zunahme der Preissetzungsmacht sehr wahrscheinlich nicht als »Vereinbarungen« im Sinne des im Juli 2005 in Kraft getretenen siebten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) anzusehen, »die eine Verhinderung, Einschränkung oder Verfälschung des Wettbewerbs bezwecken oder bewirken« und deshalb untersagt sind (§ 1 GWB). Ziel von Vertriebskooperationen der Möbelhersteller in OWL ist es zwar einerseits, die Marktmacht zu erhöhen, um die Abhängigkeit von den Einkaufsverbänden abzubauen. Andererseits sollen durch Kooperationen aber auch die Kosten (K') gesenkt sowie Innovationen gefördert werden, um die hergestellten Möbel unverwechselbar zu machen und die Preiselastizität der Nachfrage (ε) zu verringern. Die wirtschaftliche Situation der kooperierenden Möbelhersteller, gemessen an der Preis-Kosten-Differenz ($p - K'$), würde sich durch jeden dieser Effekte verbessern.

Das GWB sieht denn auch vor, dass Vereinbarungen nach § 1 GWB, eben auch Kooperationsvereinbarungen, unter bestimmten Voraussetzungen zuzulassen sind. Vereinbarungen werden nach § 2 GWB vom Kartellverbot freigestellt:

- wenn sie »zur Verbesserung der Warenerzeugung oder -verteilung oder zur Förderung des technischen oder wirtschaftlichen Fortschritts beitragen«,
- wenn die Verbraucher angemessen an diesen Verbesserungen und den resultierenden Rationalisierungsgewinnen beteiligt werden,
- wenn etwaige Wettbewerbsbeschränkungen durch die Vereinbarungen für diese Verbesserungen und die Beteiligung der Verbraucher erforderlich sind,
- wenn schließlich der Wettbewerb nicht wesentlich beschränkt wird.

Nach § 3 GWB (»Mittelstandskartelle«) sind außerdem Vereinbarungen vom Kartellverbot freigestellt:

- wenn sie »die Rationalisierung wirtschaftlicher Vorgänge durch zwischenbetriebliche Zusammenarbeit zum Gegenstand haben«,
- wenn dadurch der Wettbewerb nicht wesentlich beschränkt wird,
- wenn sie schließlich dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit kleiner und mittlerer Unternehmen zu verbessern.

Die Voraussetzungen der §§ 2 und/oder 3 GWB dürften nicht nur bei Vertriebskooperationen, sondern bei sämtlichen Kooperationen und Netzwerken mittelständischer ostwestfälisch-lippischer Möbelhersteller vorliegen bzw. zumindest hergestellt werden können. Dann sind Kooperationen und Netzwerke auch nicht mehr gesondert anzumelden und zu genehmigen. Im Streitfall, etwa mit Konkurrenten, müssten allerdings die Kooperations- bzw. Netzwerkpartner gegenüber den deutschen Kartellbehörden den Nachweis erbringen, dass die angeführten Voraussetzungen tatsächlich vorliegen. Es empfiehlt sich demnach, vorsorglich eine rechtliche Prüfung der Voraussetzungen durchzuführen.

4 KOOPERATIONSHEMMNISSE, KOOPERATIONSMODELLE, KOOPERATIONSENTWICKLUNG – HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE MÖBELINDUSTRIE DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

In Kapitel 3 wurde die Bedeutung der vertikalen und horizontalen Kooperationen für die Möbelhersteller der Region OWL untersucht. Die Kooperationshäufigkeit ist als gering einzustufen. Kooperationen werden jedoch für die Zukunft durchaus als wichtig erachtet. Deshalb werden im folgenden Kapitel 4 die Gründe für die geringe Kooperationshäufigkeit analysiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie die Kooperationsbereitschaft zu erhöhen ist. Langfristig lässt sich durch Kooperationen und Netzwerke die Wettbewerbsfähigkeit der Möbelhersteller in OWL verbessern, d. h. Wettbewerbsvorteile im Sinne der Allokations- und Innovationsfunktion des Wettbewerbs erlangen.

Delhaes und Fehl (1997: 2) führen hierzu aus: »Wettbewerb hat es in der einen oder anderen Form immer mit dem Phänomen der Knappheit zu tun, gehe es nun um die Knappheit an Gütern, Faktoren oder gesellschaftlichen Positionen«. Zur Verringerung dieser Knappheit können zum einen die »vorhandenen Mittel auf der Basis gegebenen Wissens ‚zweckmäßiger‘ gegebenen Zielen und Wirtschaftssubjekten« zugeordnet werden. Insoweit wird die Allokationsfunktion des Wettbewerbs betrachtet, durch die die so genannte statische, d. h. zeitpunktbezogene Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen gefördert wird. Zum anderen ist es nach Delhaes und Fehl (1997: 2) möglich, »die vorhandenen Mittel auf neue und überlegene Weise« einzusetzen. Daher ist ebenfalls die Innovationsfunktion des Wettbewerbs näher zu betrachten. Sie fördert fortwährende Produkt- und Prozessinnovationen, die zur so genannten dynamischen, über die Zeit hinweg betrachteten Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit beitragen. Prozessinnovationen umfassen bekanntlich nach Schumpeter neben Verbesserungen der Produktionsprozesse auch solche der Unternehmensorganisation. Organisationsverbesserungen zur Steigerung der Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit können sowohl innerbetrieblich als auch über die Unternehmensgrenzen hinaus stattfinden. Demnach kann das Eingehen von Kooperationen und die Entwicklung von Netzwerken als organisatori-

sche Verbesserung und damit als Prozessinnovation im Sinne der Innovationsfunktion des Wettbewerbs verstanden werden. Gleichzeitig führen Kooperationen und Netzwerke zu erweiterten Optionen der verbesserten Allokation der vorhandenen Mittel. Es sind demzufolge sowohl die Allokations- als auch die Innovationsfunktion des Wettbewerbs zu betrachten, um Handlungsempfehlungen dafür entwickeln zu können, wie die Wettbewerbsfähigkeit der Möbelhersteller in OWL erhöht werden kann.

Die im folgenden Abschnitt 4.1 vorgestellten Kooperationsmodelle der flexiblen Spezialisierung und der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion sind als Prozessinnovationen zu verstehen, die auf Kooperationen beruhen. In diesem Abschnitt wird außerdem die Bedeutung der strategischen Planung als Grundlage der Kooperations- und Netzworkebildung erläutert. In Abschnitt 4.2 wird im Rahmen des von Nalebuff und Brandenburger (1996b) entwickelten Coopetition-Ansatzes herausgearbeitet, dass Unternehmen ihr Unternehmensumfeld genau analysieren sollten, um ihre eigene Position im Wettbewerb zu bestimmen und Kooperationspartner zu identifizieren. In Abschnitt 4.3 wird der Frage nachgegangen, wie sich die einzelnen Kooperationspartner zu verhalten haben, damit sie in einer Kooperation erfolgreich sind und nicht von ihren Partnern ausgenutzt werden. Dabei werden Gründe ersichtlich, warum die Kooperationshäufigkeit unter den ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern so gering ist. Des Weiteren werden Handlungsempfehlungen gegeben, wie sich die Unternehmen in Kooperationen erfolgreich verhalten können. In Abschnitt 4.4 werden schließlich Maßnahmen zur Förderung von Kooperationen und Netzwerken vorgeschlagen.

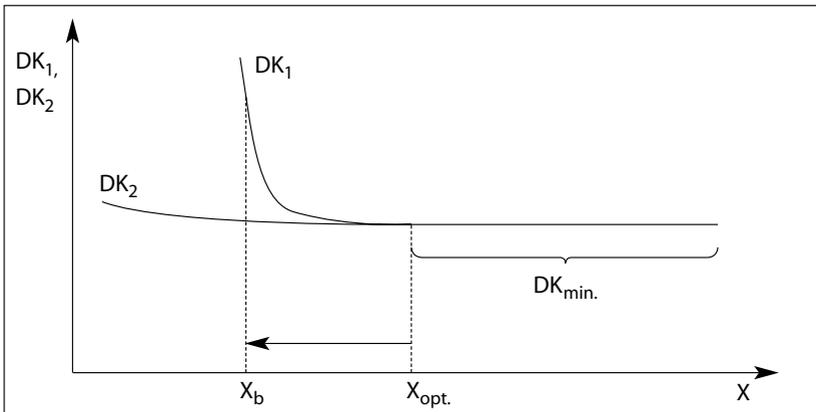
4.1 ENTWICKLUNG VON KOOPERATIONEN AUFGRUND EINES VERÄNDERTEN UNTERNEHMENSUMFELDES

4.1.1 Strategische Planung

Die Möbelhersteller in OWL stehen vor der Herausforderung, sich strategisch mit ihren Betriebsgrößen an die Umsatzeinbußen und den Beschäftigungsabbau der letzten Jahre anzupassen, um allgemein mindestoptimale Betriebsgrößen mit jeweils minimalen langfristigen Durchschnittskosten zu erreichen. In Anlehnung an Füglistaller und Halter (2002: 373) wird unter strategischer Planung die aktive Weiterentwicklung der Betriebsstrukturen an das sich verändernde Unternehmensumfeld verstanden.

Als Ergebnis einer derartigen strategischen Planung werden unproduktive Funktions- oder Funktionsteilbereiche identifiziert und entweder Bedarfe im Unternehmen gebündelt oder ausgelagert, d. h. Zwischenprodukte und Dienstleistungen extern gekauft. Die Kontrollmöglichkeiten beim externen Bezug sind allerdings beschränkt, wenn er nicht innerhalb einer Kooperation oder eines Netzwerkes erfolgt. Kinkel und Lay (1998: 11) weisen zudem darauf hin, dass in Unternehmen mit höheren Fertigungstiefen in der Regel höhere Umsatzrenditen erzielt werden als in Unternehmen mit geringeren Fertigungstiefen. Zwar besitzen die Möbelhersteller in OWL nach Aussage der Experten oftmals noch hohe Fertigungstiefen, doch wird die mindestoptimale Betriebsgröße im Funktionsbereich Produktion oder in Teilbereichen der Produktion aufgrund der Umsatzrückgänge, des Beschäftigungsabbaus der letzten Jahre und der unzureichenden Anpassung an das sich wandelnde Unternehmensumfeld in der Regel nicht erreicht.

Abbildung 31: Die mindestoptimale Betriebsgröße



Quelle: Eigener Entwurf.

Abbildung 31 stellt für einen repräsentativen Möbelhersteller zwei L-förmige Verläufe der langfristigen Durchschnittskosten (DK)¹³ des Funktionsbereichs Produktion oder eines Teilbereichs desselben dar. Alle anderen Funktionsbereiche sind dem Output (X) des Funktionsbereichs Produktion anzupassen. Größenvorteile (economies of scale) sind gegeben, wenn bei zunehmendem Output die Durchschnitts-

13 Das Niveau der langfristigen Durchschnittskosten ist von den jeweiligen Unternehmen und deren Standorten abhängig. Dabei ist von erheblichen Niveauunterschieden zwischen den Ländern Westeuropas und den Ländern Osteuropas sowie Asiens auszugehen.

kosten fallen. Die mindestoptimale Betriebsgröße ($X_{opt.}$) wird dort erreicht, wo die langfristigen Durchschnittskosten nicht weiter fallen und bei weiter zunehmendem Output zumeist konstant bleiben. Es gibt nach Bühler und Jaeger (2002: 19f.) verschiedene Gründe für Größenvorteile: insbesondere Komplementaritäten in der Produktion, Risikostreuung, Unteilbarkeiten bzw. Fixkosten, Spezialisierung und Arbeitsteilung. Koutsoyiannis (1983: 83f.) unterscheidet außerdem reale und pekuniäre Größenvorteile. Reale Größenvorteile erhöhen die Allokationseffizienz durch Einsparung von Ressourcen und sind gesamtwirtschaftlich erwünscht. Pekuniäre Größenvorteile beruhen häufig allein auf Marktmacht und der Durchsetzung günstiger Preise auf Beschaffungs- und Absatzmärkten. Sie führen insoweit zu einem Einkommenstransfer zugunsten des marktmächtigen Unternehmens, haben jedoch gesamtwirtschaftlich keinen positiven Wohlfahrtseffekt.

Aufgrund der EU-Osterweiterung, der darüber hinausgehenden Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte und des sich dadurch verschärfenden Wettbewerbs können die Möbelhersteller in OWL vermutlich nicht mehr im Bereich der minimalen Durchschnittskosten produzieren. Sie produzieren links davon mit entsprechend höheren Durchschnittskosten und sind deswegen weniger wettbewerbsfähig. Alle anderen Funktionsbereiche belasten die Möbelhersteller deshalb durch höhere Fixkosten pro Outputseinheit aufgrund ihrer, dem ursprünglich geplanten Output angepassten Größe. Es hat daher ein Prozess des strategischen Umdenkens einzusetzen, wie die mindestoptimale Betriebsgröße wieder erreicht oder überschritten werden kann.

Für den Fall, dass die langfristige Durchschnittskostenkurve des einzelnen Möbelherstellers relativ flach verläuft und der Unterschied zwischen den Durchschnittskosten im Bereich der minimalen langfristigen Durchschnittskosten und dem Bereich links davon gering ist (wie bei DK2), führt ein Erreichen der mindestoptimalen Betriebsgröße nur zu einer geringen Reduktion der Durchschnittskosten. Allerdings ist aufgrund der vorherrschenden Branchenkrise in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie anzunehmen, dass die Durchschnittskostenkurven der Möbelhersteller dem Verlauf DK1 entsprechen. Nach Aussage der Experten haben sich die Möbelhersteller, bedingt durch die positiven Veränderungen des Unternehmensumfeldes Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, auf die Produktion großer Stückzahlen eingestellt, um den Lohnkostenanteil an den Gesamtkosten zu senken. Da sie in den darauf folgenden Jahren jedoch nicht mehr die geplanten Losgrößen absetzen konnten und nun dazu gezwungen waren, eine breitere Modellpalette zu produzieren, stiegen die Rüstkosten und damit der Lohnkostenanteil an den Gesamtkosten.

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit besteht im Eingehen von Kooperationen, um durch Bündelung der nachgefragten Mengen zumindest für einzelne Kooperationspartner die mindestoptimalen Betriebsgrößen wieder zu erreichen. Eine Bündelung ist insbesondere dann sinnvoll, wenn davon ausgegangen werden kann, dass langfristig ein Erreichen der mindestoptimalen Betriebsgröße des jeweils einzelnen Möbelherstellers in OWL nicht möglich ist. Durch Kooperationen können neben Größen- auch Verbundvorteile (»economies of scope«) erzielt werden. Verbundvorteile entstehen, wenn die Kosten für die Produktion und den Verkauf verschiedener Produkte durch ein Unternehmen, also auch durch die in einer Kooperation zusammengefassten Unternehmen, geringer sind, als es der Fall wäre, wenn diese Produkte jeweils in verschiedenen, unabhängig agierenden Unternehmen produziert und verkauft würde. Verbundvorteile setzen also nicht eine große Produktionsmenge, sondern eine breite Produktionspalette voraus (Nichols 1998: 2f.). So können Überschusskapazitäten in der Produktion genutzt werden, um ein weiteres Produkt bzw. weitere Produkte herzustellen. Ein Markenname lässt sich nicht nur für den Verkauf eines Produktes, sondern für mehrere Produkte in Form einer Produktlinie oder eines Systemangebotes verwenden. Die Vertriebsorganisation lässt sich für den Verkauf mehrerer Produkte nutzen (s. Fallbeispiel ZiMit). Der Einkauf lässt sich zentralisieren, um nicht nur für ein Produkt, sondern für die Herstellung einer Vielzahl von Produkten zentral einzukaufen (s. Fallbeispiel EKM). Außerdem lassen sich die Fähigkeiten des Managements für mehrere Produktlinien und Systemangebote nutzen. Das bei den Kooperationspartnern vorhandene Wissen im Bereich der Forschung und Entwicklung kann für mehrere Produkte, Produktlinien und Systemangebote sowie für die damit zusammenhängenden Aktivitäten eingesetzt werden.

Ziel der in Abschnitt 4.1.3 vorgestellten Modelle der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion und der flexiblen Spezialisierung ist es zum einen, die mindestoptimalen Betriebsgrößen im Funktionsbereich Produktion der Unternehmen wieder zu erreichen. Ziel dieser Modelle ist zum anderen die Nutzung der beschriebenen und weiterer Verbundvorteile, die insbesondere aufgrund der Konzentration der Möbelhersteller in OWL durch Kooperationen zu erschließen sind. Beide Modelle basieren auf Kooperationen der zumeist in OWL ansässigen Möbelhersteller und ihrer Zulieferer. Sie haben über die Möbelindustrie hinaus Bedeutung, wenn etwaige Abweichungen in den allgemeinen Produktionsbedingungen anderer Branchen berücksichtigt werden.

Grundlegende Voraussetzung für funktionsfähige Kooperationen ist eine strategische Planung der beteiligten Unternehmen, da sonst in den Funktions- und

Funktionsteilbereichen der Möbelhersteller Spielräume für die Erzielung von Größen- und Verbundvorteilen nur unzureichend erkannt und deswegen Kooperationspotenziale nur schwer identifiziert und genutzt werden können. Gemäß einer in der Schweiz durchgeführten Befragung konnten nur ca. 14 % der mittelständischen Unternehmen als strategisch ausgerichtet eingestuft werden (Pleitner 1995: 154). Rautenstrauch, Müller und Kurzych (2003) führten unter den klein- bis mittelständischen Unternehmen Ostwestfalen-Lippes eine Befragung hinsichtlich der Verwendung verschiedener Controlling-Instrumente durch. Dabei wurde zwischen strategischem Controlling¹⁴ und operativem Controlling¹⁵ unterschieden. 15,2 % der befragten Unternehmen stammten aus der Möbelindustrie.

Als Ergebnisse der Untersuchung von Rautenstrauch, Müller und Kurzych (2003: 4-12) sind zusammenfassend festzuhalten:

Strategisches Controlling:

- Mehr als jedes zweite Unternehmen besitzt kein strategisches Leitbild bzw. keine Unternehmensvision.
- Mehr als 40 % der Unternehmen verfügen über keine Gesamtunternehmensstrategie.
- Knapp 12 % der Unternehmen besitzen keine Strategie.

Operatives Controlling:

- Hauptsächlich Absatz und Umsatz sind Gegenstand der Unternehmensplanung. Mehr als 75 % führen eine Jahresplanung bzw. Budgetierung durch und ebenfalls mehr als 75 % eine Absatz- und Umsatzplanung.
- Mehr als 70 % der Unternehmen führen eine Investitionsplanung durch, wobei nur knapp 20 % der Unternehmen für einen längeren Zeitraum (mehr als ein Jahr) planen.
- Knapp 70 % der Unternehmen besitzen eine Liquiditäts- und Finanzplanung.

Dass bei klein- und mittelständischen Unternehmen oftmals nur operative Analyseinstrumente bzw. ein operatives Controlling zur Beurteilung der eigenen Lage zur Anwendung kommen, ist auch Ergebnis einer Umfrage der Technischen Universität

14 »Strategisches Controlling bezeichnet das systematische Erkennen künftiger Chancen und Risiken mit dem Ziel, Erfolgspotenziale aufzubauen bzw. zu sichern« (Rautenstrauch/Müller/Kurzych 2003: 4).

15 »Das operative Controlling befasst sich mit der Umsetzung der strategischen Entscheidung. Es legt Maßnahmen für bestehende Tätigkeitsfelder fest, konkretisiert diese Maßnahmen und setzt sie in monetäre Zielgrößen um« (Rautenstrauch/Müller/Kurzych 2003: 6). In der Tendenz ist das Controlling der mittelständischen ostwestfälisch-lippischen Unternehmen typisch für den deutschen Mittelstand »eher operativ ausgerichtet und seine zentrale Stellgröße ist der Absatz bzw. Umsatz des Unternehmens« (Rautenstrauch/Müller/Kurzych 2003: 12).

Chemnitz unter 450 Geschäftsführern klein- bis mittelständischer Unternehmen. Interessant ist, dass die Markt- und Technologieführer zwar zu einem gleichen Prozentsatz wie die Gesamtheit aller befragten Unternehmen operative Analyseinstrumente einsetzen, zu einem höheren Prozentsatz jedoch strategische Analyseinstrumente (Zanger 2002: 433 f.).

In den klein- und mittelständischen Unternehmen, so vermutlich auch in den Unternehmen der Möbelindustrie in OWL, sind es nach Welter vor allem die Know-how-Defizite der Unternehmer bzw. Geschäftsführer oder der Beschäftigten, welche die strategische Planung hemmen. Welter (2003: 238-241) schlägt deswegen folgende Maßnahmen vor:

- Die kreativen Potenziale der Beschäftigten sind effektiver zu nutzen. Sie sind in die Strategieentwicklung mit einzubeziehen. So ist z. B. ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen, welches die Beschäftigten motiviert, die Marktstellung sichert sowie interne Abläufe transparent macht.
- Es ist eine Verstärkung der Kunden- und Serviceorientierung bis hin zur kooperativen Entwicklung von Systemangeboten vorzunehmen.
- Es sind neue Technologien zur Vereinfachung innerbetrieblicher bzw. kooperativer Prozesse oder zur besseren Marktbearbeitung einzusetzen.

Durch die EU-Osterweiterung und die darüber hinausgehende Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte erhöht sich in der Möbelindustrie in OWL der Wettbewerbsdruck. Die Realisierung mindestoptimaler Betriebsgrößen wird deswegen zukünftig erschwert. Aufgrund der beschriebenen suboptimalen Nutzung der Betriebsstrukturen ist es den Möbelherstellern nicht oder nur unzureichend möglich, die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Unternehmen durch Innovationen zu verbessern, die sich am veränderten Unternehmensumfeld orientieren. Eine den Umfeldbedingungen angepasste entscheidende Erhöhung der Arbeitsproduktivität kann deswegen nicht erreicht werden. Langfristig droht das Ausscheiden aus dem Markt. Somit besteht erhöhter Handlungsbedarf.

4.1.2 Implikationen von Kooperationen

Wenn die Möbelhersteller in OWL strategisch planen und darauf aufbauend Kooperationen eingehen, bedeutet dies für die einzelnen Funktionsbereiche stichwortartig Folgendes:

- *Einkauf*: Bündelung des Bezugs standardisierter oder standardisierungsfähiger Zwischenprodukte, Dienstleistungen und Maschinen; zentralisierter Einkauf für mehrere Möbelhersteller.

- *Produktion*: Konzentration der Möbelhersteller auf ihre Kernkompetenzen und Auslagerung suboptimal ausgelasteter Randbereiche.
- *Vertrieb*: Gemeinsame Marktbearbeitung in nicht oder in wenig umkämpften Märkten bzw. Schaffung neuer Märkte durch die Entwicklung von individuellen Möbeln¹⁶ und Systemangeboten.
- *Aus- und Weiterbildung*: Gemeinsame Aus- und Weiterbildung bei ähnlichen Zielen und Inhalten, zunächst in unsensiblen Funktionsbereichen, nach dem Aufbau von wechselseitigem Vertrauen auch in sensiblen Funktionsbereichen¹⁷.

Durch die beschriebenen Maßnahmen können die Möbelhersteller in OWL ihre Wettbewerbsfähigkeit erhöhen. Neben den Vorteilen in einzelnen Funktionsbereichen können die Möbelhersteller auch Vorteile nutzen, die auf alle Funktionsbereiche zutreffen, und zwar durch

- Kosten- und Risikoreduktion,
- Profilbildung und Imageaufbau,
- Anbieter- und Nachfragemacht,
- umfassende Mitarbeiterqualifizierung,
- Erhöhung der Markttransparenz (des Informations- und Wissenstransfers),
- Größen- und Verbundvorteile,
- Erhöhung des Know-hows in den Kernbereichen,
- Erhöhung der Flexibilität.

Die Möbelhersteller in OWL werden durch die Konzentration auf die jeweiligen Kernbereiche zu Spezialisten in der Zulieferung oder in der Endprodukterstellung. Ihre Spezialisierung erfordert eine hohe Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft der meist regionalen, teilweise auch überregionalen Partner. In den Kooperationen werden aufgrund der Spezialisierung und notwendigen Flexibilisierung entweder kleine Losgrößen bis hin zu einer Losgröße von eins oder große Losgrößen produziert. Generell ist eine derartige Spezialisierung vor allem in Regionen möglich, die eine hohe Konzentration von Herstellern komplementärer und substitutiver Produkte, Zwischenprodukte, Maschinen und Dienstleistungen aufweisen. Das ist in der Möbelindustrie der Region OWL der Fall.

16 Individuelle Möbel sind an die jeweiligen Kundenwünsche angepasst. Im Extremfall entstehen Unikate.

17 In den sensiblen Funktionsbereichen eines Unternehmens befindet sich das unternehmensspezifische Know-how, welches den jeweiligen Wettbewerbsvorteil ausmacht.

4.1.3 Änderung der Produktionsformen

Piore und Sabel (1985: 11) kommen zu dem Ergebnis, dass die klassische Massenproduktion an ihre Grenzen gestoßen ist. Sie beruht auf dem Einsatz von spezialisierten, produktspezifischen Maschinen und in der Regel gering qualifizierten Arbeitskräften zur Produktion standardisierter Produkte. Dabei handelt es sich um Einzeck- bzw. Spezialmaschinen, die auf einen hohen Output ausgelegt sind (s. auch Beckenbach/Roback/van Treck 1988: 55). Die Einführung dieser Produktionsform führt nach Piore und Sabel (1985: 12) zu »Perioden der Expansion, die sich schließlich in Krisen kumulieren, welche die Grenzen der bestehenden institutionellen Arrangements sichtbar machen«. Piore und Sabel (1985: 12) führen die Entwicklung solcher Krisen im Wesentlichen auf zwei Gründe zurück.

Erstens haben es die bestehenden, vor allem die staatlichen Institutionen nicht erreicht bzw. es nicht als ihre Aufgabe angesehen, einen »angemessenen Ausgleich zwischen Produktion und Konsumption herzustellen« (Piore/Sabel 1985: 12). Dies gilt gesamtwirtschaftlich und für einzelne Branchen. So ist speziell die Möbelindustrie in OWL nicht mehr in der Lage, genügend Käufer für ihre Produkte zu finden. Weder staatliche, noch andere Institutionen konnten in der Vergangenheit durch lenkende oder unterstützende Maßnahmen die Nachfragerlücke schließen, so z. B. Träger der Wirtschaftspolitik, Wirtschaftsförderungsinstitutionen und Verbände.

Zweitens hängt nach Piore und Sabel (1985: 13) die Wahl der Technologie von der Entwicklung der Produktmärkte ab. Bezogen auf die Möbelindustrie in OWL ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Möbeln in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Zusätzlich ist der Wettbewerbsdruck durch ausländische Möbelhersteller gestiegen. Der deutsche Möbelmarkt hat sich stark verändert. So haben nach Aussage der befragten Experten das obere und das untere Preissegment auf dem deutschen Möbelmarkt an Bedeutung gewonnen, das mittlere Preissegment hat dagegen an Bedeutung verloren.

Aus beiden Gründen entsprechen in der ost-westfälischen Möbelindustrie die derzeitigen vorhandenen Produktionsformen, die überwiegend auf der klassischen Massenproduktion basieren, nicht mehr dem veränderten Wettbewerbsumfeld. Es sind alternative, den veränderten Marktbedingungen angepasste Produktionsformen einzuführen, wie die mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion und die flexible Spezialisierung. Die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller haben kurz- bis mittelfristig Entscheidungen bezüglich der zukünftigen technologischen Entwicklung der Möbelindustrie zu treffen.

4.1.3.1 Die mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion

Das für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller und ihre Zulieferer zunächst vorgeschlagene Kooperationsmodell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion unterscheidet sich von der klassischen Massenproduktion dadurch, dass die Produktion großer Stückzahlen zwischen den kooperierenden Unternehmen in der Weise aufgeteilt wird, dass sich diese auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen spezialisieren. Ziel ist, eine standardisierte Möbelproduktion in OWL durchzuführen, die durch einen geringen Lohnkostenanteil am Endprodukt gekennzeichnet ist. Suwelack (2004: 68f.) stellt in diesem Zusammenhang fest: »Vielfach ist zur Zeit die Idee zu hören, Möbel á la Aldi herstellen zu wollen; ‚Frische Ware‘, wenig Typen, hohe Stückzahlen, gute Qualität und attraktiver Preis«. Die dazu passende, hier vorgeschlagene Strategie wäre demnach, die Komplexität in der Möbelproduktion, die sich in den vergangenen zehn Jahren mehr als verdoppelt hat, durch eine mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion zu verringern. Die zunehmende Komplexität in der Möbelproduktion charakterisiert Suwelack (2004: 67) mit folgenden Relationen:

Komplexität 1994:

$$\frac{\text{Teilevielfalt}}{\text{Lebensdauer}} = \frac{1}{1} = 1$$

Komplexität 2004:

$$\frac{\text{Teilevielfalt}}{\text{Lebensdauer}} = \frac{2,00}{0,75} = 2,67$$

Unter Komplexität versteht Suwelack (2004: 67) die Summe aus Produktlinien, Modellen, Typen, Teilen und Varianten im Verhältnis zur Lebensdauer. Die Komplexität hat hauptsächlich durch die Verdoppelung der Teilevielfalt zugenommen, aber auch aufgrund einer geringeren Lebensdauer¹⁸ der entwickelten Möbelmodelle. Die Standardisierung der Möbel im Sinne des Kooperationsmodells der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion verringert die Teilevielfalt. Eine Erhöhung der Lebensdauer reduziert ebenfalls die Komplexität, indem z. B. die Qualität der Produkte verbessert wird.

Generell sind hinsichtlich des Unternehmensumfeldes folgende Voraussetzungen notwendig, damit das Kooperationsmodell der mehrbetrieblichen arbeitsteili-

18 Mit Lebensdauer ist der Produktlebenszyklus der entwickelten Möbelmodelle gemeint.

gen Massenproduktion für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller erfolgreich angewendet werden kann:

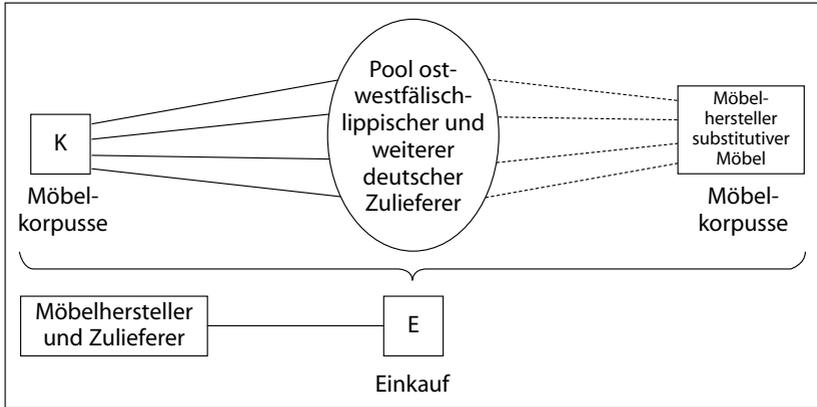
- ausreichend große Märkte mit relativ geringen bzw. mit sich ausgleichenden Nachfrageschwankungen,
- regionale Institutionen, die durch ein innovatives Unternehmensumfeld die Wettbewerbsfähigkeit fördern, speziell auch durch Kooperationen,
- die regionale Konzentration derjenigen Unternehmen, die Zwischenprodukte, Dienstleistungen und Maschinen für eine bestimmte Branche herstellen sowie Produkte gemeinsam herstellen können,
- produktive, spezialisierte Technologien.

Falls in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie eine mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion eingeführt bzw. ausgebaut werden soll, so ist dies nur unter den genannten Voraussetzungen möglich. Die erzielbaren Produktpreise werden vermutlich, aufgrund des sich verschärfenden Wettbewerbs, zukünftig noch weiter sinken. Es ist daher erforderlich, dass sich jeder Möbelhersteller in OWL auf diejenigen Funktionsbereiche konzentriert, in denen er sein unternehmensspezifisches Know-how, also seine Kernkompetenzen besitzt. Diese können im Bereich der Produktion bestimmter Zwischenprodukte, der Zusammenstellung der Zwischenprodukte zu Möbeln, dem Vertrieb oder dem Einkauf liegen. Durch die Arbeitsteilung und Spezialisierung auf Kernkompetenzen, in denen das einzelne Unternehmen komparative Kostenvorteile besitzt, wird die Arbeitsproduktivität erhöht, die Kosten pro Stück gesenkt sowie darüber hinaus, durch die nun vorhandenen Möglichkeiten spezieller Investitionen, die Qualität der Produkte verbessert.

Je gebündelter und spezieller die Aufgaben des einzelnen Unternehmens sind, desto mehr Unternehmen müssen an der Kooperation beteiligt sein und desto höher ist der Abstimmungsaufwand in Form von Informations- und Transaktionskosten. Demzufolge existiert eine Obergrenze für die Zahl der Kooperationspartner, bei deren Überschreitung die Zusatzkosten größer werden als der zu erwartende Zusatznutzen. Da jedoch die Möbelhersteller Ostwestfalen-Lippes regional konzentriert sind und zudem auf ein umfassendes Netz von ebenfalls regional ansässigen Zulieferern von Zwischenprodukten, Dienstleistungen und Maschinen zurückgreifen können, werden die Kosten der Abstimmung bei einer zunehmenden Anzahl von Partnern nicht so stark ansteigen, wie es der Fall wäre, wenn die Partner regional weiter von einander entfernt ansässig wären. Dies ist ein entscheidender Wettbewerbsvorteil, der jedoch von den regional ansässigen Möbelherstellern und ihren regional ansässigen Zulieferern bisher nur unzureichend erkannt und genutzt wird. Hinzuweisen ist auf Angebote wie die des Daten Competence Centers e. V. (2004) in

Herford für die »Koordination von Standardisierungsmaßnahmen bezüglich (der) Datenkommunikation innerhalb der Branche«. Es handelt sich dabei um einen Verein, der aus 47 Mitgliedsunternehmen sowohl aus der Küchenmöbel- und der Zuliefererindustrie als auch aus der Software-Industrie besteht.

Abbildung 32: Das Modell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion



Quelle: Eigener Entwurf.

Das Kooperationsmodell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion besteht beispielsweise aus einem Pool hauptsächlich regionaler Zulieferer, die dem Unternehmen (K) diejenigen Zwischenprodukte liefern, bei denen nicht der Einkaufspreis für die Kaufentscheidung von höchster Bedeutung ist, sondern die direkten und indirekten Kosten der Raumüberwindung. Es handelt sich dabei um spezifische Zwischenprodukte, bei denen der flexible Bezug kleiner Losgrößen wichtig ist, da in der Möbelindustrie in der Regel »just in time« produziert wird. Es kann sich auch um standardisierte Zwischenprodukte handeln, bei denen die Kosten für die Lagerhaltung hoch sind und die deswegen flexibel aus OWL bzw. aus der übrigen BRD bezogen werden. K produziert aus den gelieferten Zwischenprodukten in großen Mengen standardisierte Möbelkorpusse, deren Transport verglichen mit den anderen Zwischenprodukten sehr transportkostenintensiv ist und die einen vergleichsweise geringen Lohnkostenanteil an den Gesamtkosten besitzen. K ist ein Möbelhersteller, der sich auf die Herstellung der Möbelkorpusse, die Zusammenstellung der gelieferten Zwischenprodukte zu Möbeln und den Vertrieb spezialisiert hat und Kostenvorteile großer Produktionsmengen nutzt. Insoweit entspricht K einem Betrieb der klassischen Massenproduktion.

Falls K nicht kontinuierlich die Kapazitäten der im Pool befindlichen Zulieferer auslastet, liefern diese auch an konkurrierende Möbelhersteller. Diejenigen Zwischenprodukte, die in Kooperation entwickelt worden sind, dürfen allerdings nicht beliebig an andere Unternehmen verkauft werden. Der Möbelhersteller K bekommt für diese Zwischenprodukte für eine bestimmte Zeit das Exklusivbezugsrecht.

Sofern das Unternehmen K die Kapazitäten der Zulieferer im Pool auslastet, geraten diese in ein Abhängigkeitsverhältnis. Es entsteht die Gefahr opportunistischen Verhaltens von Seiten des Unternehmens K. Es kann Nachfragemacht gegenüber den Zulieferern ausüben. Falls allerdings die Zulieferer im Pool eigenständig oder abgestimmt mit K Forschung und Entwicklung betreiben, ihr Know-how in die Kooperation mit einbringen und nicht ohne weiteres durch andere Zulieferer ersetzt werden können, besteht ebenfalls eine Abhängigkeit des Unternehmens K von diesen Zulieferern. Nach Aussage der Experten haben jedenfalls die Zulieferer in steigendem Maße, die Möbelhersteller dagegen immer weniger zu Produktinnovationen in der Möbelherstellung beigetragen. Insoweit hat sich die technologische Führerschaft zwischen Möbelherstellern und ihren Zulieferern aufgeteilt. Deshalb müssen sowohl die Zulieferer als auch der Möbelhersteller (K) ein Interesse daran haben, die Kooperation erfolgreich zu gestalten. Bereits bestehende langfristige Geschäftsbeziehungen können dafür eine günstige Voraussetzung sein.

Das Unternehmen E übernimmt zentral für den Möbelhersteller K, für den Pool der Zulieferer sowie möglicherweise für weitere Möbelhersteller und Zulieferer den Einkauf der Zwischenprodukte, die erst bei großen Mengen günstiger zu beziehen sind. Zudem wird durch die Bündelung des Einkaufs Nachfragemacht aufgebaut, wodurch sich niedrigere Preise durchsetzen lassen. Es werden allerdings vermutlich nur die Zwischenprodukte im Ausland eingekauft, die standardisierbar sind, da sonst die direkten (Transport- und Kommunikationskosten) und vor allem die indirekten Kosten der Raumüberwindung (Alternativkosten durch die Unterbrechung von Produktionsabläufen, die Abwesenheit von Leitungspersonal etc.) zu hoch sind. Die zuvor beschriebene EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH ist ein Beispiel für einen zentralisierten Einkauf.

Bei dem Kooperationsmodell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion ist zu bedenken, dass der Wettbewerbsdruck aus den osteuropäischen und asiatischen Ländern in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Ob die geringeren Lohnkosten in diesen Ländern durch verschiedene Rationalisierungsmaßnahmen der Möbelhersteller in OWL und ihrer Zulieferer kompensiert werden

können, ist aus heutiger Sicht nicht zu klären¹⁹. Ziel sollte zumindest jedoch sein, die Lohnkostenvorteile der osteuropäischen und asiatischen Konkurrenten durch eine Senkung des Lohnkostenanteils an den Gesamtkosten der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenmöbelproduktion zu verringern. Dies gelingt durch eine Standardisierung der beispielhaft angeführten Herstellung der Möbelkorpusse und durch eine Verringerung der Produktkomplexität.

Nach Aussage der Experten wird Massenproduktion durchgeführt:

- in der Küchenmöbelproduktion (z. B. Nobilia-Werke J. Stickling GmbH & Co. KG, Gustav Wellmann GmbH & Co. KG),
- in der Schlafmöbelproduktion (z. B. Rauch Möbelwerke GmbH, nolte-möbel GmbH & Co. KG),
- schließlich in der Wohnmöbelproduktion (z. B. Germania-Werk Krome GmbH & Co. KG, CS Schalmöbel GmbH & Co. KG).

Vor allem in der Küchenmöbelindustrie ist eine weitgehende Standardisierung und die Produktion großer Stückzahlen möglich, wie sie im Modell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion angenommen werden. Sie ist laut Heumann (2004: B7) »die international wettbewerbsfähigste Teilbranche« der Möbelindustrie in OWL und erzielt einen Umsatz, der die Hälfte des gesamten Umsatzes der Möbelindustrie in OWL ausmacht.

Nach Aussage der Experten sind die Küchenmöbelhersteller in der Regel zu den größeren Möbelherstellern in OWL zu zählen (vgl. hierzu auch Pfeifer/Kremer/Schorn 1997: 6, 10). Eine Standardisierung und die Produktion großer Stückzahlen, wie sie im Modell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion beschrieben wird, ist demgegenüber in den vielen mittelständischen Unternehmen und in anderen Teilbranchen der Möbelindustrie, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht möglich. Wenn es in diesen Unternehmen und Teilbranchen keine oder nur wenige Standardisierungsmöglichkeiten gibt, dann sollte das Augenmerk vor allem auf die Erhöhung der Lebensdauer neuer Möbelmodelle gerichtet werden, wodurch die Komplexität in der Möbelproduktion ebenfalls verringert werden kann.

4.1.3.2 Die flexible Spezialisierung

In dem für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller und ihre Zulieferer alternativ vorgeschlagenen Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung werden »spezialisierte Produkte mit nicht spezialisierten Ressourcen« hergestellt, bei der

19 Die langfristigen minimalen Durchschnittskosten der Möbelhersteller aus Osteuropa und Asien werden vermutlich auch langfristig geringer sein als diejenigen der Möbelhersteller aus Westeuropa.

mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion dagegen »standardisierte Produkte mit spezialisierten Ressourcen« (Sabel 1986: 45). Bei der flexiblen Spezialisierung werden zudem flexibel und universal einsetzbare Maschinen eingesetzt. Die Arbeitsteilung ist bei der flexiblen Spezialisierung geringer ausgeprägt. Es besteht die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Umgestaltung und Anpassung der betrieblichen Prozesse an das sich dynamisch verändernde Wettbewerbsumfeld, das durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet ist. Daher müssen die Beschäftigten vielfältig qualifiziert und »imstande sein, mit den Planern zusammenzuarbeiten, um Probleme zu lösen, die bei der Ausführung der Pläne unvermeidlich auftreten werden« (Piore/Sabel 1985: 36f, 303).

Für die Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes ist demnach erforderlich, dass sie sich an den individuell spezifischen und gleichzeitig schnell ändernden Kundenpräferenzen orientiert. Nach Aussage der befragten Experten hat die Nachfrage nach Möbeln zugenommen, die in kleinen Losgrößen bis hin zu individuellen Möbeln in Losgrößen von eins produziert werden. Durch den gestiegenen Lebensstandard versuchen die Konsumenten, sich jeweils von der Masse abzuheben (Murray 1988: 11). Dibbern (2002: 37 f.) führt hierzu an, dass Kunden auf fast allen Märkten Wahlmöglichkeiten zwischen mindestens zwei weltweit liefernden Anbietern besitzen. Die Konsumenten gelangen dadurch in die Position, Wünsche und Forderungen an die Hersteller richten und auch durchsetzen zu können.

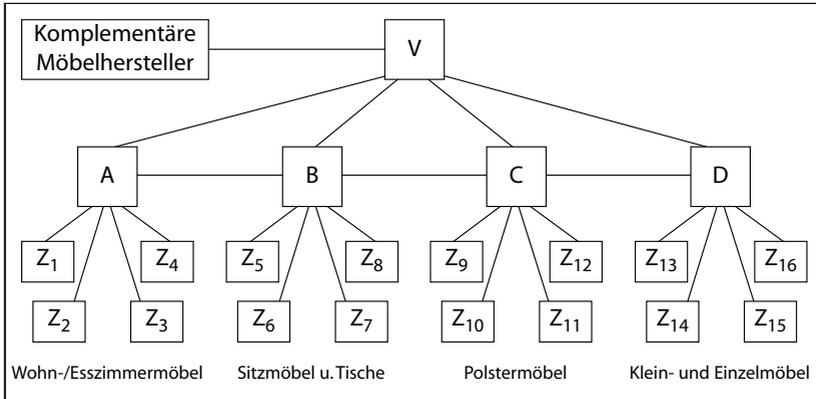
In Anlehnung an Piore und Sabel (1985: 39) sind Voraussetzungen dafür, dass eine flexible Spezialisierung der Unternehmen erfolgreich ist:

- die Notwendigkeit eines Angebotes differenzierter, häufig individuell zugeschnittener Produkte für hauptsächlich regionale bzw. nationale Märkte,
- ein sich aufgrund wandelnder Nachfrage und zum Zwecke der Markterschließung änderndes Produktangebot,
- produktive, sich flexibel anpassende Technologien,
- regionale Institutionen, die durch ein innovatives Umfeld die Wettbewerbsfähigkeit fördern, speziell auch durch Kooperationen,
- die regionale Konzentration von Unternehmen, die Produkte, Zwischenprodukte, Dienstleistungen und Maschinen herstellen.

In Abhängigkeit von den im vorigen Abschnitt angeführten Voraussetzungen bestehen auch weiterhin Möglichkeiten zur Produktion von Massenmöbeln. So ist im deutschen Möbelhandel ein Trend hin zu standardisierten preiswerten Möbeln zu erkennen. Das Möbelhandelsunternehmen IKEA, das für seine standardisierten preiswerten Möbel bekannt ist, verzeichnet in den vergangenen Jahren steigende Umsätze. Zudem entwickeln sich in Osteuropa und Asien Märkte für Massenmöbel,

die von den Möbelherstellern in OWL erschlossen werden können. Neben der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion der Möbelindustrie in OWL können sich jedoch auch in Abhängigkeit von den vorstehend angeführten Voraussetzungen die flexible Spezialisierung und möglicherweise Mischformen beider Kooperationsmodelle entwickeln.

Abbildung 33: Das Modell der flexiblen Spezialisierung



Quelle: Eigener Entwurf.

Das Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung wird beispielhaft anhand eines zentral vermarktenden Unternehmens (V) mit vier Möbelherstellern (A bis D) und jeweils vier in der Nähe der Möbelhersteller ansässigen Spezialzulieferern (Z) dargestellt. Der flexiblen Spezialisierung liegt zugrunde, dass spezialisierte Produkte, d. h. im dargestellten Beispiel Möbel, in kleinen Losgrößen bis hin zu individuellen Möbeln, mit nicht spezialisierten Ressourcen hergestellt werden. Dies sind beispielsweise Mehrzweckmaschinen, die nicht nur einen bestimmten Produktionsschritt ausführen können, und Arbeitskräfte, die umfassend qualifiziert und flexibel in der Produktion einsetzbar sind.

Im Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung wird weiterhin davon ausgegangen, dass die vier ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller Wohn- und Esszimmermöbel (A), Sitzmöbel und Tische (B), Polstermöbel (C) oder Klein- und Einzelmöbel (D) herstellen. Sie versuchen durch das gemeinsame Angebot von individuell zugeschnittenen Möbeln und von Systemangeboten ihre Funktions- und Funktionsteilbereiche auszulasten. Ziel der Kooperation ist insbesondere, die Lebensdauer der entwickelten Möbelmodelle zu erhöhen. Nach Einschätzung eines Experten

wird von zehn entwickelten Möbelmodellen nur eines vom Markt angenommen. Durch abgestimmte Systemangebote kann die Anzahl der vom Markt angenommenen Möbelmodelle erhöht werden. Wie Dibbern (2002: 174) ermittelt, gewinnen Kooperationen und Netzwerke generell deswegen an Bedeutung, weil Komplettlösungen, d. h. eben auch Systemangebote von Möbeln, zunehmend nachgefragt werden. Außerdem nennt er einen »steigenden strategischen Flexibilitätsbedarf«, eine »steigende Bedeutung von Serviceleistungen« und eine »Internationalisierung der Absatzmärkte« als bedeutende Aspekte, die für Kooperationen und Netzwerke sprechen.

Die beteiligten Möbelhersteller in OWL beschränken sich im Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung auf ihre Kernkompetenzen, d. h. auf die Zusammenstellung und Veredelung der Möbel. Sie lagern unproduktive Teilbereiche der Produktion hauptsächlich an ihre Spezialzulieferer aus. Ziel ist, neben der Auslastung der eigenen Produktionskapazitäten auch diejenige der Spezialzulieferer auszulasten, so dass alle Beteiligten im Minimum der langfristigen Durchschnittskosten produzieren. Neben den Spezialzulieferern werden weitere Zwischenprodukte von Zulieferern bezogen, wobei diese möglichst zu standardisieren sind. Die Möbelhersteller sollten sich Einkaufskooperationen anschließen, vor allem beim Bezug der standardisierten Zwischenprodukte, die aus dem Ausland bezogen werden. Dies ist sinnvoll, da durch die Einkaufskooperation Nachfragemacht gegenüber den ausländischen Zulieferern aufgebaut werden kann und dadurch geringere Einkaufspreise für die nachgefragten Zwischenprodukte durchzusetzen sind. Auch Hickl (1995: 90) erkennt im Bereich des Einkaufs vor allem der kleinen und mittelständischen Möbelhersteller Kostensenkungspotenziale. Die beschriebene EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH ist ein Beispiel für eine derartige Bündelung der Nachfrage und den Aufbau von Nachfragemacht.

Das Unternehmen (V) übernimmt im Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung die Vermarktung der Möbel und ist zentrale Koordinationsstelle. Dieses Unternehmen ist unter anderem deswegen wichtig, weil die Präferenzen der potenziellen Möbelkäufer immer schwerer einzuschätzen sind (Hickl 1995: 59). Das Unternehmen (V) führt zentral Marktforschung für die Kooperationspartner durch. Außerdem verhandelt es mit dem Möbelhandel, versucht die Kapazitäten der angeschlossenen Möbelhersteller und ihrer Zulieferer auszulasten und organisiert die Servicedienstleistungen für die zentral vermarkteten Möbel. Es kann auch für weitere Möbelhersteller die Vermarktung der Möbel übernehmen, solange es nicht zu einer Überschneidung der Marktsegmente und damit zu Interessenkonflikten kommt.

Ein zentral vermarktendes Unternehmen wird eingesetzt, um die nach Aussage der Experten unzureichenden Vertriebsaktivitäten vor allem der mittelständischen Möbelhersteller zu verbessern. So wird durch ein zentral vermarktendes Unternehmen Anbietermacht aufgebaut. Außerdem wird das von den angeschlossenen Möbelherstellern für den Vertrieb eingesetzte Kapital effektiver genutzt. Das entscheidende und zu lösende Problem der flexiblen Spezialisierung besteht in der vernetzten Kombination der benötigten Zwischenprodukte und der komplementären Endprodukte, die von den beteiligten Unternehmen hergestellt werden. Sie kooperieren in Teilbereichen, stehen im Übrigen aber auch im Wettbewerb zueinander (Hirst/Zeitlin 1992: 72).

Exkurs

Die Wöstmann Möbelvertrieb GmbH

Die 1998 in Gütersloh gegründete Wöstmann Möbelvertrieb GmbH ist ein Beispiel für ein erfolgreich zentral vermarktendes Unternehmen. Mit zurzeit 33 Mitarbeitern in Verwaltung und Vertrieb vertreibt es hochwertige Schrankwände unter den Firmennamen »Wöstmann – Die Collection. Ihre Möbelmarke in Massivholz« und »NW Wöstmann-Designmöbel«. Daneben vertreibt es seit 2004 unter dem Firmennamen »Wöstmann Schlafraumsysteme« Schlafmöbel (Die Glocke 2004). Laut Aussage des Geschäftsführers der Wöstmann Möbelvertrieb GmbH kommt es den Konsumenten nicht nur auf den Preis, sondern auch auf die Qualität der Möbel an. Es muss Möglichkeiten geben, auf Kundenwünsche flexibel einzugehen. So sind allein 30 % aller Aufträge bei der Wöstmann Möbelvertrieb GmbH Sonderanfertigungen. Für Wöstmann ist der Standort Deutschland wichtig: »Gute Ware mit Sonderwünschen kann man nirgendwo besser produzieren als in Deutschland« (Neue Westfälische 2005).

Die Dienstleistung steht bei der Wöstmann Möbelvertrieb GmbH im Vordergrund. So sind die Bürozeiten bewusst auf die Ladenöffnungszeiten im Möbele Einzelhandel abgestimmt. Sie erstrecken sich in der Woche von 9 bis 20 Uhr und am Samstag von 10 bis 17 Uhr. Auch außerhalb der Bürozeiten ist ein Ansprechpartner für wichtige Fragen vor allem des Möbelhandels telefonisch zu erreichen. Wöstmann gewährleistet, dass für Sonderwünsche innerhalb von 15 Minuten eine Skizze angefertigt wird (Neue Westfälische 2005). Daneben verfolgt die Wöstmann Möbelvertrieb GmbH u. a. durch den Aufbau der drei Marken eine Marken- und Marktorientierung (Die Glocke 2004). Ausschließlich für die Wöstmann Möbelvertrieb GmbH produzieren die Unternehmen Schmeing Holztechnik GmbH & Co. KG mit 158 Mitarbeitern in Ahaus und Schnake Wohnmöbel GmbH mit 112 Mitarbeitern in Hüllhorst. Seit die Unternehmen exklusiv für die Wöstmann Möbelvertrieb GmbH produzieren, sind

120 Beschäftigte eingestellt worden. Ein Großteil des Umsatzes von 42,8 Millionen Euro im Jahr 2004 wird in Deutschland getätigt. 10 % der Möbel werden ins deutschsprachige Ausland exportiert. Für seine unternehmerischen Leistungen wurde Norbert Wöstmann von der Arbeitsgemeinschaft Selbstständiger Unternehmer (ASU) und den Sparkassen Bad Oeynhausen, Gütersloh, Herford und Minden-Lübbecke zum Unternehmer des Jahres 2004 in OWL gewählt (Die Glocke 2004).

Durch einen umfassenden Service des im vorgestellten Kooperationsmodell vermarktenden Unternehmens (V) kann eine verstärkte Kundenbindung erreicht werden. So führen z. B. eine fristgerechte Lieferung der Möbel an die Kunden, eine reibungslose, schnelle und langfristige Gewährleistungshaftung sowie ein langfristiger und unkomplizierter Reparaturservice, ferner Systemangebote durch die Zusammenarbeit mit Möbelherstellern komplementärer Möbel sowie mit anderen Anbietern von Raum gestaltenden Elementen zu einer stärkeren Kundenbindung. Beispielsweise hat der VME-Verband zwei Systemangebote unter den Labeln »Urban Living« und »Young Citizen« entwickelt, die in den angeschlossenen Verbandshäusern platziert werden (Hartdran 2004: 1). Zukünftige Marktentwicklungen sind von dem vermarktenden Unternehmen (V) frühzeitig zu verfolgen und bei der Modellentwicklung zu berücksichtigen. Da es sich oftmals um die Entwicklung von Systemangeboten handelt, sind sowohl die Spezialzulieferer des einzelnen Möbelherstellers als auch die anderen an der Kooperation beteiligten Möbelhersteller bei der Modellentwicklung einzubeziehen. Darüber hinaus ist mit Designern, Architekten und Innenausstattern sowie mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers (z. B. Forschungsinstitute von Fachhochschulen und Hochschulen) zu kooperieren. Die jeweils vier Spezialzulieferer des Kooperationsmodells führen mit den Möbelherstellern Forschung und Entwicklung durch und entwickeln spezielle Zwischenprodukte. Diese geben den Möbeln so genannte Alleinstellungsmerkmale. Der einzelne Möbelhersteller besitzt für die in Kooperation entwickelten speziellen Zwischenprodukte zumindest für einen bestimmten Zeitraum das Exklusivbezugsrecht.

Nach Aussage der befragten Experten haben sich die Losgrößen in der Produktion vieler ostwestfälisch-lippischer Möbelhersteller in den vergangenen Jahren verkleinert. Noch Anfang bis Mitte der 1990er Jahre ist die Produktion eines Großteils der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller auf die Produktion großer Lose ausgerichtet gewesen. Durch den Nachfragerückgang und den Verlust von Marktanteilen an ausländische Möbelhersteller ist es notwendig geworden, kleinere Lose zu produzieren. Zudem hat sich die Anzahl der Möbelhäuser verringert,

wobei die verbliebenen Möbelhäuser ihre Verkaufsflächen vergrößert haben. Aufgrund dieser Konzentration mussten die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller eine größere Variantenvielfalt (Erhöhung der Teilevielfalt) an Möbeln entwickeln. Vermutlich auch deswegen hat sich nach Suwelak (2004: 67) die Komplexität, also das Verhältnis von Teilevielfalt zu Lebensdauer, seit 1994 mehr als verdoppelt. Dabei hat sich die Lebensdauer der entwickelten Möbelmodelle verringert. Hickl (1995: 89) stellt fest, dass vor allem die kleinen und mittelständischen Möbelhersteller vor große Probleme gestellt werden wegen »der [...] vom Markt inzwischen verlangten [...] häufigen Modellwechsel«.

Viele Möbelhersteller in OWL sind nach Aussage der Experten dabei, ihre Produktion umzustrukturieren, um kleine Losgrößen flexibel produzieren zu können. Allerdings ist dieser Prozess noch nicht abgeschlossen, da die Umstrukturierung kapitalintensiv ist und sich die Beschaffung von Fremdkapital aufgrund der geringen Eigenkapitalausstattung und der durch Basel II veränderten Rahmenbedingungen insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen schwierig gestaltet. Nach Meinung der Experten werden sich viele Möbelhersteller in OWL zunehmend auf die Zusammenstellung der gelieferten Zwischenprodukte zu Möbeln und deren Veredlung in flexiblen Bearbeitungszentren spezialisieren.

Vor diesem Hintergrund eröffnet das Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung vielfältige Chancen für die vorwiegend mittelständischen Möbelhersteller und deren Zulieferer in OWL, sich im Wettbewerb zu behaupten. Dass dennoch bisher wenige Kooperationen analog zu den vorgestellten Kooperationsmodellen eingegangen worden sind, wie die Ergebnisse der Befragung in Abschnitt 3.4 zeigen, ist im Folgenden genauer zu untersuchen.

4.2 COOPETITION – EIN ANSATZ ZUR UNTERSTÜTZUNG DER STRATEGIEBILDUNG OSTWESTFÄLISCH-LIPPISCHER MÖBELHERSTELLER

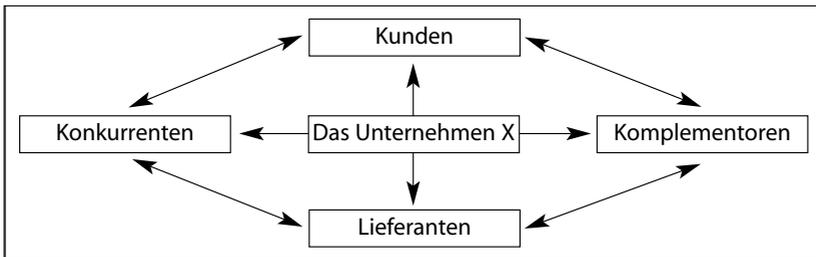
Coopetition ist ein Kunstwort und setzt sich aus den gegensätzlichen Begriffen Cooperation (Kooperation) und Competition (Wettbewerb) zusammen. Der Coopetition-Ansatz geht auf Nalebuff und Brandenburger zurück. Sie definieren das Geschäftsleben folgendermaßen: »Business is cooperation when it comes to creating a pie and competition when it comes to dividing it up“ (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 4). Schon allein die inhaltliche Abfolge verdeutlicht, dass zuerst ein Markt zu entwickeln ist, bevor es gilt, diesen im Wettbewerb aufzuteilen. Dathe

(1999: 22) bezeichnet Coopetition daher als Strategie, »nach der konkurrierende Anbieter partiell vertrauensvoll kooperieren – zum Vorteil beider Seiten und zum Nutzen der Kunden«.

Die vorgestellten Kooperationsmodelle der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion sowie der flexiblen Spezialisierung basieren auf kooperativem Verhalten der Beteiligten. Wichtig dafür ist zum einen, dass jedes beteiligte Unternehmen die eigene Situation und das Unternehmensumfeld umfassend einschätzt. Kucera (2001: 19f.) stellt dagegen fest, dass oftmals nur ein Umfeldaspekt oder nur wenige Umfeldaspekte des jeweiligen Unternehmens berücksichtigt werden. Wichtig ist zum anderen eine strategische Planung, ohne die sich die Kooperationsmodelle nicht umsetzen lassen.

Die Ausführungen der folgenden Abschnitte wenden den Coopetition-Ansatz auf die Möbelindustrie in OWL an. Das Unternehmensumfeld wird durch das von Nalebuff und Brandenburger (1996b) entwickelte Geschäftsspiel strukturiert²⁰. In ihm nimmt das einzelne Unternehmen unterschiedliche Rollen ein. Es ist bei einer vertikalen Betrachtungsweise des Geschäftsspiels sowohl Kunde als auch Lieferant. Bei horizontaler Betrachtung nimmt das Unternehmen die Position des Konkurrenten und des Komplementors ein. Die Begriffe Kunden, Lieferanten, Konkurrenten und Komplementoren sind in einem weit gefassten Sinne zu verstehen (Kucera 2001: 20).

Abbildung 34: Das Wertnetz



Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an Nalebuff/Brandenburger 1996b: 17).

20 Da es sich um ein spieltheoretisches Konzept handelt, wird der Begriff Geschäftsspiel verwandt. Die Spieltheorie findet Verwendung, da ihre Konzepte große Erklärungskraft besitzen und im Wirtschaftsleben viele interaktive Entscheidungssituationen auftreten (Nalebuff/Brandenburger 1996: 6).

Horizontal sind zwei Arten von Spielern zu unterscheiden: die Konkurrenten und die Komplementoren. Diese Unterscheidung ist wichtig, da aus Sicht der Kunden zu den Konkurrenten des Unternehmens X diejenigen zählen, welche substitutive Produkte, Zwischenprodukte, Dienstleistungen und Maschinen zu den vom Unternehmen X angebotenen Gütern erstellen. Ein Unternehmen ist dann Konkurrent des Unternehmens X, wenn die Kunden das Gut des Konkurrenten bereits besitzen und den Wert des vom Unternehmen X erstellten Gutes deswegen geringer bewerten.

Der Ausdruck Komplementoren des Unternehmens X beschreibt aus Sicht der Kunden diejenigen Unternehmen, welche Güter erstellen, die das Gut bzw. die Güter des Unternehmens X ergänzen. Ein Unternehmen ist dann Komplementor des Unternehmens X, falls die Kunden das vom Unternehmen X erstellte Gut höher bewerten, wenn sie bereits das vom Komplementor erstellte Gut besitzen. Ein Beispiel für Komplementoren aus der Möbelindustrie sind die Hersteller von Vitrinen und Sitzmöbeln. So bewertet der Kunde den Wert der Vitrine höher, wenn er gleichzeitig ein dazu passendes Sitzmöbel besitzt oder erwerben kann.

Aus Sicht der Lieferanten sind Konkurrenten eines Unternehmens diejenigen, die es durch ihre Existenz für den Lieferanten weniger attraktiv erscheinen lassen, das Unternehmen X zu beliefern. Komplementoren aus Sicht der Lieferanten sind diejenigen Unternehmen, die es durch ihr Vorhandensein für den Lieferanten attraktiver machen, das Unternehmen X zu beliefern.

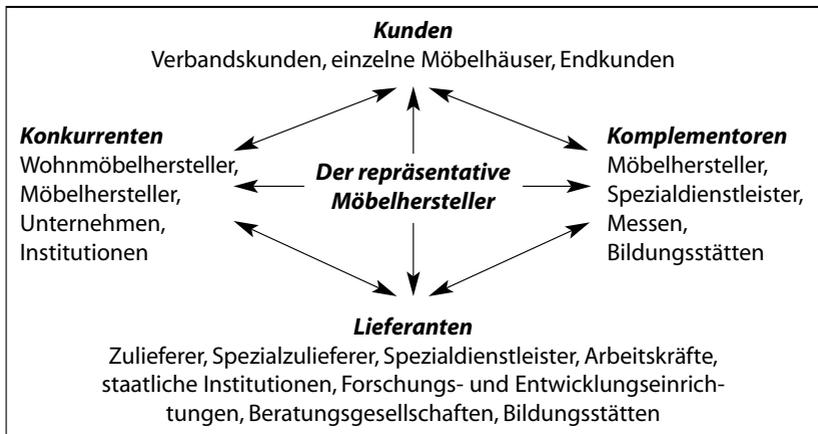
Die Symmetrien im Werternetz sind von besonderer Bedeutung. Im Geschäftsspiel nehmen auf vertikaler Ebene Kunden und Lieferanten symmetrische Rollen ein. Sie sind bei der Wertschöpfung als gleichgewichtig anzusehen. Oftmals wird jedoch dem Kunden eine größere Aufmerksamkeit geschenkt als dem Lieferanten. Nicht nur der Kunde sollte »König« sein, sondern auch der Lieferant, da es gilt, einen möglichst großen Markt zu entwickeln oder weiterzuentwickeln. Auf der horizontalen Ebene gibt es eine anders geartete Symmetrie. Von Konkurrenten gehen Risiken aus, während Komplementoren nützlich sein können. In der Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes ist es nach Aussage der Experten oft oberste Maxime gewesen, die von den Konkurrenten ausgehenden Risiken zu berücksichtigen. Den Komplementoren ist nur geringe Aufmerksamkeit geschenkt worden. Bis heute hat sich diese Einschätzung nur unwesentlich verändert. Ziel des Werternetzes ist demnach, das Geschäftsspiel vollständig in die Strategie des einzelnen Unternehmens einzu beziehen. Unberücksichtigte oder nur unzureichend berücksichtigte Teile des Werternetzes führen dazu, dass Chancen nicht genutzt werden und es somit nur teilweise zu einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit kommt.

Zur erfolgreichen Umsetzung der in Abschnitt 4.1 vorgestellten Kooperationsmodelle in der Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes ist es erforderlich, dass jedes Unternehmen sein Wertennetz konstruiert und analysiert. Dadurch werden Kooperationspotenziale aufgedeckt.

4.2.1 Wertennetz eines repräsentativen Möbelherstellers

Beispielhaft wird für einen mittelständischen repräsentativen Möbelhersteller im Folgenden ein Wertennetz erstellt und näher erläutert. In einem derartigen Wertennetz werden erfahrungsgemäß Kunden und Konkurrenten zu stark sowie Komplementoren und Lieferanten zu wenig beachtet.

Abbildung 35: Das Wertennetz eines repräsentativen Wohnmöbelherstellers



Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an Nalebuff/Brandenburger 1996b: 17).

Die Kunden des repräsentativen Möbelherstellers

Die Hauptkunden des repräsentativen Möbelherstellers sind Verbandskunden. Wie bereits dargestellt wurde, entfallen auf die zehn größten Möbeleinkaufverbände rund 60 % des Gesamtmöbelumsatzes. Diese Kunden haben aufgrund ihrer Marktmacht maßgeblichen Einfluss auf die Produkt- und Preisgestaltung des repräsentativen Möbelherstellers. Ihnen ist daher besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Gleichzeitig ist über alternative Vertriebswege oder allgemein über Möglichkeiten nachzudenken, wie die Abhängigkeiten von den nachfragemächtigen Kunden verringert werden können. Deswegen sind insbesondere die bisher wenig bedeutenden Kunden zu berücksichtigen.

Es gibt noch einige Möbelhäuser, die keinem Verband angehören und direkt beim Möbelhersteller ihre Möbel ordern. Da diese Möbelhäuser aber in der Minderheit sind, können sie zur Lösung des Abhängigkeitsproblems nur wenig beitragen. Der Direktvertrieb an Endkunden stellt zwar eine Möglichkeit dar, um die Abhängigkeitsverhältnisse zu verringern. Doch ist es nach Aussage der befragten Experten schwierig, den Direktvertrieb auszubauen. Durch diese Maßnahme werden die Verbände ihre Marktmacht verringert sehen. Sie können mit einer massiven Kaufzurückhaltung Möbelhersteller dazu zwingen, diesen alternativen Vertriebsweg aufzugeben.

Weitere strategische Optionen sind, als eigenständiges Unternehmen neue Märkte zu erschließen oder Anbietermacht durch Kooperationen aufzubauen. Doch aufgrund der mittelständischen Größe des repräsentativen Möbelherstellers und der sich daraus ergebenden beschränkten Ressourcen ist eine eigenständige Markterschließung problematisch. Sie ist mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden (durch strategische Fixierung und versunkene Kosten). Diese Risiken können durch Kooperationen mit Komplementoren im Vertrieb auf mehrere Unternehmen verteilt und dadurch für den Einzelnen verringert werden. Neben der Möglichkeit der Kooperation mit Komplementoren im Vertrieb kann durch die Einführung der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion oder der flexiblen Spezialisierung in Form von Kooperationen mehrerer Möbelhersteller und ihrer Zulieferer Anbietermacht aufgebaut werden. Daraus können, nach dem Aufbau von Vertrauen, weitere Kooperationen auch in sensiblen Funktions- und Funktionsteilbereichen entstehen, wie z. B. in der Forschung und Entwicklung.

Die Komplementoren des repräsentativen Möbelherstellers

Der repräsentative Möbelhersteller besitzt verschiedene Komplementoren. So ist gerade die Konzentration der Möbelhersteller in OWL für deren Spezialzulieferer besonders wichtig. Es ist erforderlich, dass die Spezialzulieferer flexibel auf die Bedürfnisse ihrer Kunden reagieren können. Falls die Kunden weit voneinander entfernt ansässig sind, ist es aufgrund der dadurch anfallenden hohen Informations- und Transaktionskosten für die Spezialzulieferer schwierig, ihre Zwischenprodukte zu wettbewerbsfähigen Preisen anzubieten. Insbesondere können die Spezialzulieferer ihre Zwischenprodukte dann nur schwer auf die Bedürfnisse des einzelnen Möbelherstellers abstimmen und sie flexibel sowie bedarfsgerecht anbieten. Daher sind die anderen in OWL ansässigen Möbelhersteller Komplementoren des repräsentativen Möbelherstellers, da es für die Spezialzulieferer attraktiver ist, diesen Möbelhersteller zu beliefern, wenn sie auch andere Möbelhersteller in OWL beliefern können.

Spezialdienstleister, beispielsweise Möbelspediteure, sind ebenfalls auf die Konzentration der Möbelhersteller in OWL angewiesen, um ihre Dienstleistung flexibel und bedarfsgerecht anbieten zu können. So hat sich die Anton Röhr GmbH & Co. KG, ein Möbellogistikunternehmen, aufgrund der Konzentration der Möbelhersteller in OWL in Rietberg angesiedelt (siehe auch Abschnitt 3.4.2.2.1). Für diesen Spezialdienstleister ist es attraktiver, dem repräsentativen Möbelhersteller seine Dienstleistungen anzubieten, da er diese auch anderen regional ansässigen Möbelherstellern, also Komplementoren, anbieten kann.

Für die Verbandskunden sind beispielsweise die Möbelorder-Messen Westfalica (M.O.W.) ein wertvolles Komplement zu dem in OWL ansässigen repräsentativen Möbelhersteller. Die Verbandskunden können auf dieser Messe nicht nur die Möbel des Möbelherstellers in Augenschein nehmen, sondern auch die der anderen Möbelhersteller. Die Möbel des repräsentativen Möbelherstellers werden von den Verbandskunden höher bewertet, da sie zu den Möbelherstellern nicht einzeln anreisen müssen.

Die Lieferanten des repräsentativen Möbelherstellers

Der repräsentative Möbelhersteller besitzt eine Vielzahl von Lieferanten: vom einfachen Zulieferer von Schrauben bis zum Spezialzulieferer qualitativ hochwertiger und speziell angefertigter Scharniere; vom einfachen Dienstleister bis zum Spezialdienstleister, beispielsweise einem speziellen, auf den Mittelstand und die Möbelindustrie ausgerichteten Beratungsunternehmen. Nicht zu vergessen sind staatliche Institutionen, z. B. Wirtschaftsförderungseinrichtungen oder Bildungs-, Aus- und Weiterbildungsstätten. Ebenfalls sind Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen Lieferanten des Möbelherstellers. Hierzu zählen neben privaten Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen insbesondere auch die regionalen Hochschulen und Fachhochschulen.

Die Konkurrenten des repräsentativen Möbelherstellers

Der repräsentative Möbelhersteller konkurriert mit anderen Möbelherstellern um die verschiedenen Kundengruppen auf räumlich unterschiedlich begrenzten Märkten: etwa um die besten Stellplätze in den Ausstellungen der Möbelhäuser und um die Gunst verschiedener Spezialzulieferer. Außerdem konkurriert der Möbelhersteller auf dem regionalen Arbeitsmarkt um qualifizierte Auszubildende. Dabei konkurriert er nicht nur mit den anderen Möbelherstellern, sondern auch mit Unternehmen aus anderen Branchen und mit Institutionen. Laut Aussage der befragten Experten sind die Berufe in der Möbelbranche unter den Schulabgängern nicht sehr

beliebt. Deswegen hat der Möbelhersteller besonders gute Arbeitsbedingungen zu schaffen oder er hat den potenziellen Arbeitskräften Entwicklungsmöglichkeiten im Unternehmen aufzuzeigen und Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten. Die Attraktivität des Möbelherstellers, als Arbeitgeber, ist insgesamt zu steigern. Attraktivitätssteigernde Maßnahmen können jedoch oftmals nicht in Eigeninitiative durchgeführt werden. Deswegen sind in Kooperation mit anderen Möbelherstellern und den Institutionen (wie z. B. den Trägern der Mitbestimmung) Programme zu initiieren, welche die verschiedenen Berufe in der Möbelindustrie für Auszubildende attraktiv machen. Daneben können in Kooperation entwickelte bzw. durchgeführte Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden.

Insgesamt stellt das Wertenetze die verschiedenen Perspektiven dar, die notwendig sind, um umfassend strategisch planen zu können. Das dargestellte Beispiel zeigt wichtige Aspekte auf und liefert einen strukturierten Überblick. Nachdem das Wertenetze am Beispiel eines repräsentativen ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellers dargestellt ist, werden im Folgenden die Grundelemente des Geschäftsspiels erläutert.

4.2.2 Spiele verwandeln – strategisch handeln

Im Geschäftsspiel nimmt das einzelne Unternehmen unterschiedliche Rollen ein. Es handelt sich in der Regel um ein Positivsummenspiel, zumindest wenn die Branche wächst. In einer wachstumsschwachen Branche, in der Verluste gemacht werden, können Kooperationen i. S. des Geschäftsspiels dazu führen, dass für alle die Verluste verringert und die Weichen für neues Wachstum gestellt werden. Bei einem Nullsummenspiel dagegen kann ein Spieler nur dann etwas gewinnen, wenn ein anderer etwas verliert. Um das Geschäftsspiel verstehen zu können, sind neben dem Aufbau eines Wertenetzes die folgenden fünf Grundelemente zu beachten: die Spieler, die Mehrwerte, die Regeln, die Taktiken und der Spielraum. In den nachstehenden Ausführungen wird besonderes Augenmerk auf die Mehrwerte gelegt, da sie die Macht eines Spielers im Spiel, ebenso auch in einer Kooperation oder einem Netzwerk beziffern.

Die Spieler

Die Konkurrenten, Komplementoren, Kunden und Lieferanten sind die Spieler im Geschäftsspiel. Nur durch die umfassende Betrachtung aller Beteiligten des Geschäftsspiels kann die eigene Position darin bestimmt werden (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 29).

Die Mehrwerte

Die Mehrwerte sind entscheidend, um zu verstehen, welcher Spieler wie viel Macht in einem Spiel besitzt. Der Mehrwert ist das, was ein Spieler in das Spiel einbringt (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 45). Er ergibt sich aus der Differenz zwischen der Größe der Wertschöpfung, wenn Unternehmen X im Spiel ist, und der Größe der Wertschöpfung ohne Beteiligung des Unternehmens X.

Abbildung 36: Die Berechnung des Mehrwerts

$$\begin{array}{r} \text{Wertschöpfung im Spiel bei Beteiligung des Unternehmens X} \\ - \text{Wertschöpfung im Spiel bei Nichtbeteiligung des Unternehmens X} \\ \hline = \text{Mehrwert des Unternehmens X} \end{array}$$

Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an Grothaus 2004: 31).

Generell kann ein Spieler nur das aus dem Spiel herausbekommen, was er auch einbringt. Würde er mehr als seinen Mehrwert erhalten (gleichsam als »Ausbeuter« fungieren), so würden die anderen Beteiligten weniger als ihren Mehrwert erzielen. Die benachteiligten Spieler hätten kein Interesse, sich am Spiel zu beteiligen oder es fortzusetzen (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 45). Daher wäre es für sie rational, den Verursacher der Benachteiligung aus dem Spiel auszuschließen oder ihn zu sanktionieren.

Bezogen auf das Geschäftsspiel zwischen den Möbeleinkaufsverbänden und den Möbelherstellern in OWL würde dies bedeuten, dass diese ihren Mehrwert steigern müssten, um mehr aus dem Spiel herauszubekommen. Die Möbeleinkaufsverbände haben in den vergangenen Jahren durch die Aufnahme weiterer Spieler in das Spiel den Mehrwert der einzelnen Möbelhersteller reduziert, ohne dass sich die Nachfrage nach Möbeln wesentlich vergrößert hätte. In der Vergangenheit war es oftmals so, dass ein Möbeleinkaufsverband bei einem Möbelhersteller ein spezielles Möbel eingekauft und dieses an die Endkunden weiter verkauft hat. In Verhandlungen zwischen dem Möbeleinkaufsverband und dem Möbelhersteller wurde der Kooperationsgewinn aus dem Verkauf des speziellen Möbels, im Idealfall gemäß dem jeweiligen Mehrwert, unter den beiden Partnern aufgeteilt. Würde beispielsweise der Möbeleinkaufsverband mehr vom Kooperationsgewinn für sich behalten wollen, so könnte der Möbelhersteller darauf durch Nichtbelieferung reagieren, so dass keiner von beiden etwas erhält.

Durch den Markteintritt der osteuropäischen und asiatischen Möbelhersteller gelangt der Möbeleinkaufsverband in eine bessere Position. Allerdings vergrößert sich die Nachfrage nach Möbeln nicht wesentlich, sondern nur das Angebot. Der

Möbeleinkaufsverband kann nun beispielsweise mit zwei Partnern verhandeln, die ein substitutives Möbel herstellen. Folglich besteht die Möglichkeit, dass ein Möbelhersteller nicht zu einem Geschäftsabschluss kommt. Er besitzt dann keinen Mehrwert und ist entbehrlich für das Spiel. Dem gegenüber ist der Möbeleinkaufsverband der Einzige, der den Kontakt zum Kunden herstellt. Er ist deswegen unentbehrlich für das Spiel. Bei Verhandlungen ist er in der Position, mehr als seinen Mehrwert vom Kooperationsgewinn zu verlangen, da er die Möbelhersteller gegeneinander ausspielen kann. Für ihn ist es jedoch rational, die Beteiligten im Spiel zu halten, da ansonsten nur ein Möbelhersteller übrig bleibt und dieser dadurch in eine bessere Verhandlungsposition gelangt.

Wird das Kooperationsmodell der flexiblen Spezialisierung angewandt, dann ändert sich die Spielsituation grundlegend. In diesem Modell übernimmt ein Möbelhersteller zentral den Vertrieb. Der Möbeleinkaufsverband verhandelt nun nicht mehr mit fünf Möbelherstellern, sondern nur noch mit einem. Außerdem stellen die Möbelhersteller nun individuelle Möbel her und konzipieren Systemangebote. Es werden neue Märkte geschaffen. Die Möbelhersteller geraten durch Kooperation in eine Position, in der sowohl der Möbeleinkaufsverband als auch die Hersteller der individuellen Möbel bzw. der Systemangebote ein Interesse daran haben, das Geschäftsspiel erfolgreich abzuschließen. Der Grund hierfür ist, dass nur zwei Spieler an diesem Spiel beteiligt sind, nämlich der Möbeleinkaufsverband und das zentral vermarktende Unternehmen. Damit steigen die Chancen, dass der Kooperationsgewinn ohne Benachteiligung eines Spielers unter den Beteiligten aufgeteilt wird. Grundlage einer Kooperation zwischen dem Möbeleinkaufsverband und dem zentral vermarktenden Unternehmen ist ein funktionierendes Kommunikations- und Transaktionssystem, damit auf Kundenwünsche flexibel und zeitnah reagiert werden kann. Falls ein Möbeleinkaufsverband mehrere Möbelhersteller mit dem Bau kundenindividueller Möbel oder Systemangebote beauftragt, so hat er eine Vielzahl von Kommunikations- und Transaktionssystemen aufzubauen, was zu erhöhten Kosten führt (so auch bei Einbeziehung osteuropäischer und asiatischer Möbelhersteller).

Die Regeln

Die Regeln für geschäftliche Verhandlungen ergeben sich aus Normen, Gesetzen oder Verträgen (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 50). Möchte ein Unternehmen das Spiel verändern, so hat es die Spielregeln zu ändern. Zwar können Gesetze von den Spielern nicht verändert werden und Normen sind zu befolgen, jedoch können Verträge mitgestaltet werden. Verträge mit Lieferanten und Kunden reichen häufig

weit in die Zukunft hinein und prägen die Transaktionen. Eine kleine Änderung der Verträge führt oftmals zu großen Veränderungen in den Machtverhältnissen der am Geschäftsspiel beteiligten Spieler (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 160).

Für die mehrbetriebliche arbeitsteilige Massenproduktion sind beispielsweise Mindestabnahmeverträge sinnvoll: insbesondere für Rohstoffe, wie z. B. Rohholz, das häufig nicht aus OWL, sondern aus weiter entfernten Regionen bezogen wird. Hierbei verpflichtet sich der Möbelhersteller, entweder eine bestimmte Menge Rohholz für einen vorher festgelegten Preis abzunehmen oder eine Strafe für die nicht abgenommene Menge zu zahlen. Zwar wird der Möbelhersteller durch derartige Mindestabnahmemengen gebunden, der Lieferant kann jedoch besser planen und als Gegenleistung Preisnachlässe gewähren (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 177 ff.).

Die Taktiken

Der Verlauf eines Spiels wird von den Wahrnehmungen der beteiligten Spieler und deren Verarbeitung beeinflusst (Kucera 2001: 23). Die klassische Spieltheorie geht von der Rationalität der Spieler aus. Aspekte wie z. B. Stolz, Fairness, Bosheit usw. werden ausgeklammert. Nalebuff und Brandenburger (1996b: 60) definieren Rationalität folgendermaßen: »a person is rational if he does the best he can, given how he perceives the game (including his perceptions of perceptions) and how he evaluates the various possible outcomes of the game«. Die Einbeziehung der Wahrnehmungen der anderen Spieler in die eigene Entscheidung ist ein grundlegendes Element guter Taktiken. Diese können ein Spiel zunehmend strukturieren, sie können aber auch die anderen Spieler über die Strukturen des Spiels weiterhin im Unklaren lassen oder diese Strukturen noch zusätzlich verschleiern (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 199).

Viele Spieler verhalten sich rein egozentrisch. Es ist jedoch besonders wichtig, sich ebenfalls allozentrisch zu verhalten, sich also in die Situation der anderen Spieler hinein zu versetzen und nach Kooperationsmöglichkeiten zu suchen (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 61). Die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller sind vermutlich in der Regel als egozentrisch zu bezeichnen. Dies lässt sich aus den Ausführungen der Experten zum Kooperationshemmnis »Unwissenheit über Kooperationsnutzen, Kooperationspartner und Kooperationsformen« ableiten. Da Kooperationen in der Regel von den Geschäftsführern initiiert werden, diese jedoch oftmals unsicher darüber sind, welche Potenziale in Kooperationen stecken, entsteht ein undifferenziertes Bild über mögliche Kooperationspartner. Potenziale bleiben unentdeckt und somit ungenutzt. Der vorgeschlagene Aufbau eines Wertenetzes für jedes

Unternehmen hilft, diesen Mangel zu beseitigen und führt vermehrt zu allozentrischem Verhalten und zur Bildung von Kooperationen. Insbesondere die regionale Nähe zu potenziellen Kooperationspartnern ermöglicht es den Möbelherstellern in OWL, die Wahrnehmungen anderer zu antizipieren und diese in die eigene Taktik einzubeziehen.

Der Spielraum

Generell ist jedes Spiel mit anderen Spielen verknüpft, sei es über die Kunden, Lieferanten, Konkurrenten oder Komplementoren. Diese haben wiederum Beziehungen zu anderen Spielern, verschiedene Mehrwerte, Regeln und Taktiken. Es ist schwierig, all diese potenziellen Vernetzungsmöglichkeiten zu erfassen. Deswegen wird das große Spiel in einzelne (Teil-)Spiele unterteilt (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 235). Der Coopetition-Ansatz hilft, die (Teil-)Spiele zu strukturieren, indem jedes Spiel für sich und im Kontext betrachtet wird. Zuerst hat jedes Unternehmen sein Wertennetz zu erstellen. Dann ist es notwendig, die Beziehungen zu und zwischen den Spielern zu verstehen. Es ist für die Unternehmen wichtig, die Mehrwerte zu erkennen, die vorhandenen Regeln zu analysieren und Taktiken auf Grundlage von Wahrnehmungen zu erstellen. Falls dies gelingt, kann eine erfolgreiche Unternehmensstrategie entwickelt werden.

4.2.3 Coopetition in der Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippes

In Abschnitt 4.1 wurden die Kooperationsmodelle der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion und der flexiblen Spezialisierung vorgestellt. Beide Modelle orientieren sich an der wirtschaftlichen Situation der Möbelhersteller in OWL. Daraus können nicht nur Kooperationen in der Produktion entstehen, sondern auch solche in anderen Funktionsbereichen, wie z. B. in der Aus- und Weiterbildung. Selbst in sensiblen Funktionsbereichen können, nach dem Aufbau von wechselseitigem Vertrauen (Kooperationsreputation), durch Kooperationen Potenziale erschlossen werden. Die vorgeschlagenen Modelle setzen eine strategische Planung der Beteiligten voraus. Der Coopetition-Ansatz von Nalebuff und Brandenburger (1996b) hilft, eine strategische Planung durchzuführen, indem ein vollständiges Bild des Unternehmensumfeldes und der daraus abgeleiteten Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf Kooperation und Konkurrenz dargestellt wird.

In der Möbelindustrie der Region OWL wird ein Großteil der benötigten Zwischenprodukte, Maschinen und Dienstleistungen in der einheimischen Region ein-

gekauft. Nach Aussage der befragten Experten kann bei den bestehenden vertikalen Geschäftsbeziehungen in der Regel jedoch nicht von Kooperationen gesprochen werden. Horizontal, also zwischen den ansässigen Möbelherstellern, den Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und den staatlichen Institutionen, ist die Kooperationshäufigkeit noch geringer. Die befragten Experten sind der Meinung, dass sich aus vertikalen langjährigen Geschäftsbeziehungen vermehrt Kooperationen entwickeln können. Kooperationen auf horizontaler Ebene stellen ein noch junges Phänomen dar. Deren Aufbau bedarf besonderer Anstrengungen. Die Experten sagen ebenfalls, dass die Bedeutung von Kooperationen aufgrund des steigenden Wettbewerbsdruckes zunehmen wird.

In Abschnitt 3.4.2.3.2 wurden Kooperationshemmnisse identifiziert. Zu klären ist, warum die Kooperationshäufigkeit in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie so gering ist und wie sich ein Unternehmer verhalten kann, um einen möglichst großen Erfolg in Kooperationen zu erzielen. Weiterhin wird auf Aufgaben und Maßnahmen der Institutionen eingegangen, die Kooperationen fördern. Nach Henke (2003: 46) ist der Abbau von Kooperationshemmnissen Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Aufbau von Kooperationen in kleinen und mittelständischen Unternehmen.

4.3 SPIELTHEORIE, ÖKONOMIE UND STRATEGISCHES VERHALTEN IN KOOPERATIONEN

Auszugehen ist von den Untersuchungen des Gefangenendilemmas durch Axelrod (1984). Nach Swedberg (2003: 35) zeigen sie, dass sich Kooperationen lohnen, selbst wenn die Bedingungen dafür zunächst ungünstig sein mögen. Das Gefangenendilemma ermöglicht eine Strukturierung der Kooperationsproblematik und zeigt verschiedene Verhaltensweisen zur Überwindung von Kooperationshemmnissen auf. Weiterhin erklärt es die Situation, in der sich die Möbelindustrie in OWL befindet, und skizziert mögliche Lösungsvorschläge.

4.3.1 Gefangenendilemma nach Axelrod

Es wird die Annahme getroffen, dass die Individuen aus Selbstinteresse handeln. Dass dieses oftmals zu einem suboptimalen Ergebnis für die Gesamtheit aller Individuen führt, stellt das zu analysierende und zu lösende Grundproblem dar.

Tabelle 12: Das Gefangenendilemma

| | | Spaltenpartner | | | |
|---------------|-------------|----------------|-------------|---|-----------|
| | | | Kooperation | | Defektion |
| Zeilenpartner | Kooperation | 1 | B=3, B=3 | 2 | O=0, H=5 |
| | Defektion | 3 | H=5, O=0 | 4 | S=1, S=1 |

Quelle: Eigener Entwurf (in Anlehnung an Axelrod 1984: 8).

Die übrigen Modellannahmen des Gefangenendilemma-Spiels werden hier als bekannt vorausgesetzt. Das Zahlenbeispiel zur Illustration stellt vier verschiedene Situationen dar, in denen der Spaltenpartner und der Zeilenpartner jeweils zwischen Kooperation und Nicht-Kooperation (Defektion) wählen kann. Für den Fall, dass beide Spieler kooperieren, werden sie für ihr Verhalten mit einer Auszahlung von jeweils drei belohnt (B als Abkürzung für Belohnung). Defektiert nur ein Partner, so erhält dieser für sein Verhalten eine Auszahlung von fünf (H als Abkürzung für Hinterlist). Der kooperierende Partner erhält dagegen keine Auszahlung (O als Abkürzung für Opfer) und wird vom defektierenden Partner ausgenutzt. Falls beide Partner defektieren, erhalten sie jeweils nur eine Auszahlung von eins (S als Abkürzung für Strafe). Da der einzelne Partner aufgrund des unterstellten Selbstinteresses nicht davon ausgehen kann, dass der andere Partner kooperiert, wird er immer defektieren. Defektion ist also die dominante Strategie. Grund hierfür ist, dass durch Defektion eine maximale Auszahlung von fünf erreichbar ist und der einzelne Partner nie in die Opfer-Situation geraten kann. Es ist demzufolge individuell rational, zu defektieren. Dies stellt das Grundproblem des Gefangenendilemmas dar (Axelrod 1984: 8f.).

Zur Konkretisierung einer derartigen Spielsituation wird die Erschließung eines neuen Marktes für Möbel verwendet. Zwei ostwestfälisch-lippische Möbelhersteller wollen einen neuen Markt erschließen. Auf den Märkten, auf denen sie bereits aktiv sind, stehen sie im Wettbewerb zueinander. Ihre Produkte sind aus Konsumentensicht Substitute. Die Erschließung des neuen Marktes ist mit hohen Markterschließungskosten verbunden, beispielsweise mit hohen Informationskosten. Versuchen beide Möbelhersteller, den Markt in Eigeninitiative zu erschließen, müssen sie die Informationskosten in voller Höhe tragen. Sie werden deswegen nur einen Gewinn von eins erzielen (Feld 4 in Tabelle 12). Teilen sich die Möbelhersteller dagegen die Informationskosten, kann jedes Unternehmen einen Gewinn von drei erzielen (Feld 1).

Jeder Hersteller überlegt, was geschieht, wenn der jeweils andere Informationen bereitstellt, die eine Markterschließung ermöglichen und gleichzeitig die eige-

nen zur Verfügung gestellten Informationen für den anderen keinen Nutzen stiften. Wenn sich der Partner kooperativ verhält, das eigene Verhalten jedoch als nicht kooperativ einzustufen ist, ergibt sich ein Gewinn für den defektierenden Partner von fünf und kein Gewinn für den kooperierenden Partner (Feld 2 bzw. Feld 3). Durch defektierendes Verhalten kann also der Kooperationspartner ausgenutzt werden, um den eigenen Gewinn zu maximieren. Wenn die Partner auf den bereits erschlossenen Märkten im Wettbewerb zueinander stehen und sich gegenseitig misstrauen, ergibt sich eine negative Erwartungshaltung bezüglich des Verhaltens des Partners. Deswegen gehen die Partner davon aus, dass sich der jeweils andere aller Wahrscheinlichkeit nach nicht kooperativ verhalten wird. Beide werden die Möglichkeit eines maximalen Gewinns erkennen, wenn sie defekt handeln. Falls allerdings beide nach dieser Einschätzung handeln, erhalten sie jeweils nur einen Gewinn von eins (Feld 4). Dagegen erhielten sie im Falle einer beiderseitigen Kooperation einen Gewinn von jeweils drei (Feld 1).

Aus den Annahmen des Modells des Gefangenendilemmas folgt, dass bei einem einmaligen Spiel Defektion die dominante Strategie ist. Bei einer endlichen Anzahl von Durchgängen ändert sich am Verhalten der Partner nichts, da auch im letzten Zug defektiert wird, aufgrund des Fehlens zukünftiger Perioden, in welcher der defektierende Partner für sein Verhalten bestraft werden kann. Beide Partner antizipieren das Verhalten des anderen in der Endperiode bereits in der Vorperiode. Sie defektieren daraufhin ebenfalls in der Vorperiode. Dieses Ergebnis lässt sich bis zur Periode eins zurückverfolgen, so dass bei einer endlichen Anzahl von Durchgängen Defektion die dominante Strategie ist. Dagegen kann bei einer unbestimmten oder unbegrenzten Anzahl von Durchgängen Kooperation entstehen. In der Praxis ist dies die eigentlich häufigste Spielsituation, da kaum ein Unternehmer einen bestimmten endlichen Zeithorizont besitzt, es sei denn, er befasst sich etwa mit dem Gedanken des Rückzugs aus einem Markt oder der Geschäftsaufgabe (Axelrod 1984: 10 f.).

In der Regel wird die Zukunft geringer bewertet als die Gegenwart. Daraus folgt, dass der Auszahlung des zukünftigen Zuges eine geringere Bedeutung beigemessen wird als der des gegenwärtigen Zuges (Axelrod 1984: 13). Somit ist der Wert, den ein Partner den zukünftigen Auszahlungen beimisst, abhängig von seiner Gegenwartspräferenz bzw. von seinem Diskontierungsfaktor. Besitzt er eine geringe Gegenwartspräferenz bzw. verwendet er einen niedrigen Diskontierungsfaktor, werden die zukünftigen Auszahlungen höher bewertet, als es der Fall wäre, wenn er eine hohe Gegenwartspräferenz besitzt bzw. einen hohen Diskontierungsfaktor verwendet.

Wie wählt nun ein Partner seine Strategie? Jeder Partner versucht, gegenwärtig und zukünftig entstehende Spielsituationen vorauszuplanen. Er versucht, die Verhaltensweisen seines Partners zu antizipieren, und entwickelt darauf aufbauend seine Strategie. Die Erfolge einer langfristigen Strategie überkompensieren die möglichen Erfolge, die bei hinterlistigem Verhalten (H; Defektion) kurzfristig entstehen. Das demonstriert Axelrod im Rahmen eines Computerturniers, das im Ergebnis die Überlegenheit der TIT-FOR-TAT-Strategie bestätigt. Es ist demzufolge wichtig, kooperatives Verhalten zu zeigen und bei erfolgter Defektion des Partners unmittelbar mit einer Defektion zu antworten, dies allerdings nur einmalig, um zukünftig wieder kooperieren zu können – es sei denn, der Partner defektiert erneut.

4.3.2 Erfolgreiches Verhalten in Kooperationen

Um die in Abschnitt 3.4.2.3.2 aufgeführten Kooperationshemmnisse der Möbelhersteller im OWL zu überwinden, sind Verhaltensregeln für Kooperationen zu beachten. Ausgehend von einem Gefangenendilemma hat der einzelne Partner bei kurzfristigem Planungshorizont und hohen Gegenwartspräferenzen keinen Anreiz zu kooperieren. Werden jedoch ein langfristiger Planungshorizont und hohe Zukunftspräferenzen betrachtet, zudem die Kooperation zeitlich nicht begrenzt, so übertrifft der in Kooperationen steckende Nutzen die möglichen Kosten.

Vier einfache, von Axelrod (1984: 110) aufgestellte Regeln führen dazu, dass sich die einzelnen Partner im wiederholten Gefangenendilemmaspiel besser stellen können:

- Vermeidung von Neid,
- keine Defektion als Erster,
- erwidere sowohl Kooperation als auch Defektion,
- Vermeidung komplizierter Regeln.

Voraussetzung für den eigenen Erfolg in einem wiederholten Gefangenendilemmaspiel von langer Dauer ist der Erfolg des Partners (Axelrod 1984: 112). Kooperationen sollen daher im Sinne des Coopetition-Ansatzes von Anfang an langfristig und so angelegt sein, dass für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation (ein Positivsummenspiel) zustande kommt.

Vor diesem Hintergrund belegt der Fall »EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH«, dass z. B. Konflikte der Gewinnaufteilung vermieden werden können, wenn die Kooperation von Anfang an von allen Beteiligten als Win-Win-Interaktion angesehen wird, in der eben nicht ein Beteiligter nur auf Kosten eines anderen Vorteile erlangen kann. Die in den vergangenen Jahren in der Möbelindustrie zu beob-

achtende Praxis, neu am Markt platzierte Produkte oder innovative Produktionsprozesse zu kopieren, ist als defektes Verhalten zu bezeichnen und zu sanktionieren, da es langfristig zu einem geringeren Erfolg als kooperatives Verhalten führt.

Die Kooperationsaktivitäten der in der Region OWL ansässigen, hauptsächlich mittelständischen Möbelhersteller sind gering (s. Abschnitt 3.4.). Ihre Kooperationsbereitschaft ist nach Aussage der Experten äußerst begrenzt. Sie besitzen nur in Ansätzen eine strategische Planung und Prozesskontrolle, können deswegen Engpässe nur schwer identifizieren und haben Probleme, Kooperationspotenziale zu erkennen. Der zunehmende Zeitwettbewerb zwingt sie, schneller als ihre Wettbewerber die Wünsche der Kunden zu antizipieren und umzusetzen, sei es bei den bereits eingeführten oder bei neuen Produkten (Voigt 2000: 196). Durch die verkürzten Produktlebenszyklen, die sich wandelnden Absatzmärkte und den Zwang zur Innovation gewinnt eine strategische Planung zunehmend an Bedeutung. Dennoch beschränkt sie sich bei vielen ostwestfälisch-lippischen Möbelherstellern auf maximal ein Jahr – eine viel zu kurze Spanne, um ein stabiles und langfristiges kooperatives Verhalten im Sinne der TIT-FOR-TAT-Strategie zu erzeugen.

Nach Meinung der befragten Experten hat für die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller der wirtschaftliche Druck in den vergangenen Jahren zugenommen, und zwar auch wegen der immer geringer werdenden Eigenkapitalausstattung. Außerdem ist zu vermuten, dass sich die Umsatzrückgänge und der Arbeitskräfteabbau kooperationshemmend auswirken. Die ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller stehen daher unter einem kurzfristigen Erfolgsdruck. Die Geschäftsführer sind mit den Aufgaben des täglichen Geschäfts überlastet, so dass ihnen die Zeit fehlt, Kooperationen anzubahnen. An Kooperationen besteht aus Sicht der Experten auch deshalb nur ein geringes Interesse, weil sie vor allem anfangs höhere Kosten verursachen und zeitintensiv sind. Ein Nutzen stellt sich demnach erst langfristig ein. Da sich nahezu alle Unternehmen in dieser Situation befinden, muss der einzelne Unternehmer davon ausgehen, dass jedes Unternehmen eine hohe Gegenwartspräferenz besitzt und kurzfristig plant.

Wenn jedoch eine kleine Teilgruppe der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller in einzelnen oder mehreren Funktionsbereichen zunächst ihre Kooperationsbereitschaft untereinander signalisiert und dann auch kooperiert, werden sie langfristig erfolgreicher sein als die Unternehmen der größeren Restgruppe, sofern bei diesen Misstrauen gegenüber Kooperationen vorherrscht oder sie nur kurzfristige Strategien verfolgen. Wie Axelrod (1984: 116) zeigt, ist es durchaus erfolgreich, potenziellen Partnern in einer Umwelt, die durch Misstrauen und defektes Verhalten gekennzeichnet ist, kooperatives Verhalten zu signalisieren. Erste Kooperatio-

nen von Teilgruppen sind in der Möbelindustrie bereits entstanden, wie die Fallbeispiele verdeutlichen. Aus ihnen werden sich möglicherweise weitere Kooperationen entwickeln.

Für Möbelhersteller mit Erfahrungen vor allem in vertikalen und teilweise auch in horizontalen Geschäftsbeziehungen ist die Gefahr »feindlicher«, defekter Strategien vermutlich weniger wahrscheinlich. Bei ihnen kommt es darauf an, diese Geschäftsbeziehungen zu vertiefen und zunächst in kleinen und überschaubaren Projekten mit kurzfristig erzielbaren Erlösen ihre Kooperationsfähigkeit im Sinne der TIT-FOR-TAT-Strategie zu erproben. Im Erfolgsfalle können dann größere komplexe Projekte mit längerer Laufzeit geplant und umgesetzt werden. Die Kooperationspartner werden durch die vertiefte Zusammenarbeit zunehmende Kooperationsreputation erwerben.

4.3.3 Kooperationsfördernde Maßnahmen

Generell fördert die Anzahl und Dauer der Interaktionen die Stabilität einer Kooperation (Axelrod 1984: 125). Es sind daher Vorkehrungen zu treffen, die es ermöglichen, dass sich die Partner wiederholt treffen, sich wiedererkennen und an das Verhalten der anderen in der Vergangenheit erinnern. Institutionen können potenzielle Kooperationspartner langfristig in Form einer Kooperationsinitiative einbinden, die auf mehreren Ebenen Kooperationen unter Beteiligung verschiedener Partner unterstützt. Eine solche Kooperationsinitiative fördert die Entwicklung zukünftiger Kooperationsprojekte. Schon durch die Möglichkeit, in zukünftigen Kooperationsprojekten auf bestimmte Partner zu treffen, wird der Anreiz zu defektierendem Verhalten vermindert. Ohne derartige Kooperationsinitiativen wäre die Entwicklung von aufeinander aufbauenden Kooperationsprojekten, zumal in größeren Gruppen, nur schwer möglich.

Das Fallbeispiel MACH 2 illustriert die Problematik der Gruppengröße. Es liegt z. B. im Interesse der an MACH 2 beteiligten Partner, Weiterbildungsmaßnahmen durchzuführen. Ohne die Institution MACH 2 ist die Gruppe jedoch zu groß, um Kooperationen zu initiieren. Durch die Organisationsstruktur von MACH 2, durch die kontinuierlich angebotenen verschiedenen Weiterbildungsmaßnahmen und die Dauerhaftigkeit der Initiative wird kooperatives Verhalten unter den Partnern gefördert. Jeder Partner hat Interesse an zukünftigen Weiterbildungsmaßnahmen, in denen ein Aufeinandertreffen mit anderen Partnern zu erwarten ist. Die Weiterbildungsmaßnahmen können kontinuierlich in kurzen Zeitabständen besucht werden. Auch Schenk (1995: 77) sieht als eine Bedingung für das Entstehen von Koope-

rationen das häufige Aufeinandertreffen der Partner. Die Verhaltensweisen der Partner werden angeglichen und ein defektierender Partner hat mit unmittelbarer Vergeltung zu rechnen. Wird sein Verhalten bekannt, dann verringert sich seine Kooperationsreputation, wenn sie nicht sogar vollständig zerstört wird. Die Gruppengröße sollte zu Beginn einer Kooperation möglichst klein gewählt werden, damit wechselseitige Abstimmung und Kontrolle gewährleistet sind.

Institutionen wie Wirtschaftsförderungseinrichtungen, Träger der Mitbestimmung, Industrie- und Handelskammern u. a. haben die Aufgabe, ein kooperatives Klima in der Möbelbranche zu entwickeln. Dazu sind vermehrt Informationsveranstaltungen durchzuführen, auf denen die Vorteile von Kooperationen dargestellt, mögliche Kooperationsformen aufgezeigt und Verhaltensmuster illustriert werden. Neben den Informationsveranstaltungen können in der Möbelindustrie in OWL Einzelberatungen der Unternehmen durch einen so genannten »Netzwerkmanager« durchgeführt werden, der die in Kooperationen steckenden Potenziale aufzeigt, zum Kooperationsaufbau anregt und die Entstehung und Entwicklung von Kooperationen begleitet. Insbesondere in der Anbahnung von Kooperations- und Netzwerkaktivitäten kann er durch persönliche Kontakte und aktive Akquisition zwischen potenziellen Partnern vermitteln. Im weiteren Verlauf hat er neue Potenziale zu identifizieren und den Partnern bekannt zu machen. Er hat die Fortschritte in den verschiedenen Projekten transparent darzustellen (Meyer 2002: 119). Zu seinen Aufgaben gehören zusammenfassend nach Laukötter²¹ (2004: 47):

- der Netzwerkaufbau und die Koordination,
- das Informations- und Kommunikationsmanagement,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Initiierung und Organisation von Kooperationsprojekten,
- Positionierung des Netzwerkes im In- und Ausland,
- Beantragung von Fördermitteln.

Olbertz (2001: 69) empfiehlt, Qualifizierungsmaßnahmen anzubieten, in denen Kompetenzen entwickelt werden, wie z. B. Moderationsfähigkeit, Methoden zur Problemlösung und Kommunikationsfähigkeit. Es sind also »kommunikative, soziale und methodische Fähigkeiten« zu schulen, um in größerem Umfang Kooperationen eingehen zu können.

Auf der Ebene der Institutionen kann z. B. eine datenbankgestützte Kooperationsplattform eingerichtet werden, die besonders kooperative Mitglieder oder gut

21 Die Aufgaben eines Netzwerkmanagers nach Laukötter (2004: 47) beziehen sich auf eine Analyse dieses in Österreich bereits eingeführten Berufs.

funktionierende Kooperationsprojekte regional und überregional publik macht. Jedes Unternehmen sollte seine Kooperationserfahrungen protokollieren und soweit notwendig der betreffenden Institution zur Verfügung stellen. Außerdem erhält das einzelne Unternehmen durch die entstehende Datenbank Zugang zu einem Wissenspool, auf den im Falle anstehender Kooperationen zurückgegriffen werden kann, um die beste Verhaltensstrategie zu identifizieren. Nach Olbertz (2001: 70) ist eine derartige Infrastruktur sinnvoll, um »die Sichtbarkeit und Erinnerungsfähigkeit gemeinsamer Kooperationsergebnisse festhalten, dokumentieren und verbreiten« zu können. Diese Infrastruktur trägt dazu bei, Vertrauen zwischen Partnern und potenziellen Partnern aufzubauen und erhöht damit ihre Kooperationsbereitschaft (Olbertz 2001: 69). Die von Dibbern (2002: 185-187) befragten Experten erachten eine solche Datenbank allerdings als nur begrenzt hilfreich, da nicht eine zugängliche Datenbank, sondern hauptsächlich persönliche Kontakte Kooperationen entstehen lassen. Demzufolge ist eine solche Datenbank nicht isoliert, sondern in Kombination mit weiteren Maßnahmen sinnvoll, die der Kooperations- und Netzwerkbildung dienen.

4.3.4 Diskussion

Es gibt Kritiker der vorstehend skizzierten Modelle der Spieltheorie, die zum einen auf Probleme des Untersuchungsdesigns und zum anderen auf die von Axelrod formulierten Vorschläge zum Verhalten in Kooperationen und zur Verbesserung der Kooperationsmöglichkeiten eingehen. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Kritikpunkte angesprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Übertragung der von Axelrod formulierten Regeln und der kooperationsfördernden Maßnahmen lediglich einen Orientierungsrahmen bietet. Das eigentliche Problem, wie sich die einzelnen Unternehmer in der Kooperationsanbahnung und in Kooperationen verhalten, kann nicht für alle denkbaren Fälle im Detail und im Vorhinein gelöst werden. Die Lösungsmöglichkeiten ergeben sich jeweils erst im Verlauf der Kooperation durch Lernprozesse der Beteiligten.

Ein Kritikpunkt ist, dass Axelrod von einem Zwei-Personen-Gefangenendilemma ausgeht und Kooperationen mit mehr als zwei Personen außer Acht lässt (Campbell 1986, 795; Homans 1984: 894). Zu hinterfragen ist bei dieser Kritik, ob es nicht möglich ist, eine komplexe Kooperation in Teilkooperationen mit jeweils nur zwei Partnern zu übertragen. Durch die Beschränkung auf zwei Partner gelingt es zumindest, die Kooperationsituation zu strukturieren und damit für die Beteiligten überschaubar zu machen. Jedoch wird dadurch der Aussagegehalt verringert. Deshalb

sollte das einzelne Unternehmen auch die Beziehungen zu den anderen Beteiligten berücksichtigen. Dies gelingt durch die Strukturierung des Unternehmensumfeldes mit Hilfe des Wertenetzes (siehe Abschnitt 4.2).

Die Defektion eines Partners zu erkennen, gestaltet sich in einer komplexen Umwelt oftmals schwierig, so dass es zu Fehlinterpretationen der Verhaltensweisen kommen kann (Homans 1985: 896; Milgrom 1984: 308). Wahrscheinlich wird durch Fehlinterpretation gerechtfertigter und ungerechtfertigter Defektion im wiederholten Gefangenendilemma die Entwicklung von Kooperationen gehemmt. Die Beschränkung auf ein Zwei-Personen-Gefangenendilemma verringert jedoch die Komplexität der Umwelt und damit die Wahrscheinlichkeit von Fehlinterpretationen. Axelrod (1984: 122) führt aus, dass im Falle einer Strategie, die zufällig erscheint, also nicht den Anschein erweckt, auf die Strategie des Partners zu reagieren, der Partner keinen Anreiz hat zu kooperieren. Ob dies nun in einem Zwei-Personen-Gefangenendilemma der Fall ist oder in einer Situation mit mehr als zwei Personen, ist letztendlich unbedeutend. Daher ist es für jeden Partner ratsam, während langfristig angelegter Kooperationen und vor allen Dingen zu Beginn von Kooperationen die eigenen Strategien möglichst transparent zu gestalten, um gegenseitiges kooperatives Verhalten zu fördern.

Dadurch, dass ein Vergleich der einzelnen, möglicherweise unterschiedlichen Auszahlungen der Partner nicht in deren Strategieentwicklung miteinbezogen werden soll, wird Neid zwischen den Partnern vermieden. Neid ist jedoch in der Realität ein Motiv, welches das Handeln des Einzelnen beeinflussen kann (Campbell 1986: 795; Gowa 1986: 176; Homans 1985: 896). Zwar beinhalten die von Axelrod (1984) dargestellten Kooperationssituationen annahmegemäß keinen Neid, doch ist es seiner Meinung nach auch nicht rational, auf den Erfolg des anderen Partners neidisch zu sein, da in einem lang andauernden wiederholten Gefangenendilemma der Erfolg des Anderen eine Voraussetzung dafür ist, selbst gut abzuschneiden (Axelrod 1984: 112). So gehen Nalebuff und Brandenburger (1996b: 110) nicht von Nullsummenspielen, sondern von Positivsummenspielen aus (siehe auch Kucera 2001: 22). Bildlich gesprochen geht es darum einen Kuchen zu backen bzw. den bestehenden Kuchen zu vergrößern, bevor dieser im Wettbewerb aufgeteilt werden kann (Nalebuff/Brandenburger 1996b: 4). Strukturelle Beziehungen zwischen den Partnern in Form von Macht und anderen Einflussfaktoren werden dabei von Axelrod vernachlässigt (Sydow 1992: 171).

Wichtig ist, dass durch Kooperationen der Wettbewerb innerhalb der Kooperation sowie mit allen weiteren unbeteiligten Konkurrenten nicht völlig ausgeschaltet wird. So führt Genosko (1999: 32-35) aus, dass insbesondere durch »strong ties«

die Gefahr des Entstehens von strukturellen Löchern gegeben ist. »Strong ties« sind starke Verbindungen zwischen Akteuren, die sich hinsichtlich ihrer Präferenzen, Normen, ihres Status usw. ähneln und über Informationen bzw. Güter und Dienstleistungen miteinander Kontakte haben. Durch diese starken Verbindungen wird das Eindringen neuen ökonomischen Wissens verhindert und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Beteiligten verringert. Diese Gefahr wird allerdings durch das sich zunehmend dynamisch verändernde Unternehmensumfeld verringert. Durch die EU-Osterweiterung und die Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte hat der Innovationswettbewerb auf dem deutschen Möbelmarkt ohnehin zugenommen.

Kritiken an dem Modell des Gefangenendilemmas mit wiederholten Interaktionen werden in neueren Entwicklungen der ökonomischen Theorie berücksichtigt (Sobel 2005: 392-436). So werden Lernprozesse hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit von Kooperationspartnern zum einen in der Literatur über die Bedeutung der Reputation von Akteuren näher untersucht (analog der Bedeutung der Bonität auf dem Kapitalmarkt; Demsetz 1982: 47-57). Allozentrisches Verhalten, das Nalebuff und Brandenburger (1996b: 61) zur Bildung von Kooperationen unterstellen, aber nicht überzeugend herleiten, kann demnach auf eine wechselseitig vorhandene und ausreichende Reputation für nachgewiesenes kooperatives Verhalten zurückgeführt werden (analog zu nachgewiesenem vertragsgemäßem Verhalten auf dem Kapitalmarkt). Kooperationsreputation ist (wie Kapitalmarktbonität) als Teil des nicht bilanzierten Unternehmenswertes anzusehen, dessen Entstehung allerdings einen Ressourcenaufwand voraussetzt: den Verzicht auf kurzfristig zu erzielende Erlöse aus defektierendem Verhalten zugunsten langfristiger Erlöse aus kooperativem Verhalten. Der Erlösverzicht stellt den Ressourcenaufwand (die Alternativkosten) für das kooperative Verhalten und die darauf zurückzuführende Kooperationsreputation dar. Ist Kooperationsreputation einmal vorhanden und wird sie in Kooperationen mit Partnern ausreichender Reputation genutzt, dann zahlt sie sich langfristig durch Kooperationserfolge aus.

Lernprozesse hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit von Kooperationspartnern sind zum anderen Gegenstand von Modellen der so genannten intrinsischen Reziprozität (Sobel 2005: 420): »Models of intrinsic reciprocity provide a third way to describe cooperation in repeated interactions. After a sequence of good outcomes, players' interests become more closely linked. A history of positive interaction with someone leads you care about that persons welfare.« In diesen Modellen geht es somit nicht nur um die gleichsam sprichwörtliche »Win-Win-Situation«, also die für alle Beteiligten positiven Ergebnisse wiederholter Interaktionen, sondern um das wechselseitig wachsende Bewusstsein, dass der eigene Wirtschaftserfolg den Wirt-

schaftserfolg der Kooperationspartner voraussetzt, dass also die Präferenzen für eigenes Handeln nicht unabhängig bleiben, sondern wechselseitig voneinander beeinflusst und insoweit abhängig werden. Das gilt insbesondere in kleinen, überschaubaren und sich kontrollierenden Gruppen, wie sie eben auch für Kooperationen der Möbelhersteller in der Region OWL zu unterstellen sind.

Die Ausführungen der Abschnitte 4.2 und 4.3 lassen sich mit Rückgriff auf beide Weiterentwicklungen der ökonomischen Theorie zusätzlich untermauern, ohne dass sie sich jedoch dadurch im Kern ändern.

4.4 MASSNAHMEN ZUR FÖRDERUNG VON KOOPERATIONEN UND NETZWERKEN AM BEISPIEL DER OSTWESTFÄLISCH-LIPPISCHEN MÖBELINDUSTRIE

Kooperations- und netzwerkpolitische Maßnahmen sind weder ausschließlich im Rahmen einer Konzeption des »top down«, noch einer Konzeption des »bottom up« wirksam. Die angeführten Fallbeispiele legen eher eine Mischung nahe: Hierarchische Steuerungsstrukturen werden vorgegeben (»top down«), damit sie Verhandlungen sowie die Kooperations- und Netzwerkbildung durch Anreize unterstützen (»bottom up«). Allerdings stand nach Diller in den letzten Jahren eher die wirtschaftspolitische Förderung von »Best-Practice«-Projekten im Vordergrund. Anreize für Kooperationen und Netzwerke wurden vernachlässigt. »Als Folge davon ist in vielen Regionen mittlerweile eine ‚Netzwerkmüdigkeit‘ unübersehbar« (Diller 2004: 273). Um diese Einstellung zu überwinden, werden nachstehend Maßnahmen für die Möbelindustrie in OWL vorgeschlagen. Sie gelten als Orientierungsrahmen analog auch für andere Regionen und Branchen.

Kooperations- und Netzwerkpolitik hat zum Ziel, den Unternehmensbestand durch ein langfristiges gemeinsames Engagement zu sichern und notwendige Anpassungsprozesse möglichst sozialverträglich zu gestalten (Gersmeyer 2004: 177). Dabei stellt eine Branchenkrise, wie sie zuvor für weite Bereiche der Möbelhersteller in OWL beschrieben wurde, durchaus eine Chance und nicht nur ein Hemmnis zur Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken dar (Genosko 1999: 117 f.).

4.4.1 Entwicklung gemeinsamer Zukunftsperspektiven

An der Bildung von Kooperationen und Netzwerken in der ostwestfälisch-lippischen Möbelbranche können sich beteiligen

- die regionalen Möbelhersteller,
- ihre Zulieferer und Abnehmer,
- die regional tätigen Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers,
- die Verbände sowie Träger der Mitbestimmung,
- die Industrie-, Handels- und Handwerkskammern,
- schließlich staatliche Institutionen, insbesondere die Träger der Wirtschaftspolitik, der Wirtschaftsförderung, der Aus- und Weiterbildung.

Insbesondere die staatlichen Institutionen übernehmen initiiierende und koordinierende Funktionen und können z. B. im Funktionsbereich Aus- und Weiterbildung Kooperationspartner sein (Meyer 2002: 115; Meyer-Krahmer/Gundrum 1995: 177). Es ist wichtig, dass sämtliche Beteiligten bereit sind, im Rahmen einer konzertierten Aktion an der Bildung von Kooperationen und Netzwerken mitzuarbeiten, wobei gemeinsame Zukunftsperspektiven die Grundlage des Handelns darstellen.

Da die Zukunftsperspektiven zur Bildung von Kooperationen und Netzwerken innovatives und damit neues Gedankengut darstellen, sind diese vorab in OWL nicht nur in der Möbelindustrie, sondern auch in verwandten Branchen zu verankern. Da ferner die Kooperations- und Netzwerkbildung ein langfristiger Prozess ist, allerdings in der Regel in den Unternehmen eine kurzfristige Planung stattfindet, ist es Aufgabe der staatlichen Institutionen sowie der Institutionen der Technologieentwicklung und des Technologietransfers, die Unternehmen bei der strategischen Planung zu unterstützen. So entwickelt beispielsweise die Fachhochschule Lippe und Höxter ein »multimediales Trainingsprogramm zur Vermittlung von mittelstandsspezifischem Controllingwissen«. Ziel des Programms ist, fehlendes Know-how zu vermitteln (Rautenstrauch/Müller/Kurzich 2003: 12).

Daneben haben vor allem die staatlichen Institutionen die Aufgabe, ein stabiles politisches und wirtschaftliches Umfeld zu schaffen, in dem die Möbelhersteller in OWL eine strategische Planung entwickeln können. Außerdem haben die staatlichen Institutionen die »wirtschaftspolitischen Maßnahmen [...] auf ihre KMU-Ange messenheit zu überprüfen« (Welter 2003: 233). In diesem Zusammenhang ist auf das bereits in Abschnitt 3.4.2.3.2 beschriebene Projekt »Widufix – Aktiv für Unternehmen im Kreis Herford« und die laufenden Projekte im Rahmen der »Modellregion für Bürokratieabbau« in OWL hinzuweisen.

Die Institutionen der Technologieentwicklung und des Technologietransfers, ferner die Verbände, Träger der Mitbestimmung, Industrie-, Handels- und Handwerkskammern u. a. sollten nach Dalley und Hamilton (2000: 57) überprüfen, ob das vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebot den vorherrschenden Umfeld-

bedingungen angepasst ist. Insbesondere im Hinblick auf Basel II und die zumeist geringe Eigenkapitalausstattung der Möbelhersteller in OWL sind die vorhandenen Finanzierungsangebote zu überprüfen, da die Kooperations- und Netzwerkbildung anfangs Kosten verursacht und erst langfristig Nutzen stiftet. Ob allerdings die Unterstützungsmaßnahmen greifen, hängt im Wesentlichen von der »individuellen Wahrnehmung der Unternehmer« ab (Welter 2003: 238).

4.4.2 Identifizierung regionaler Handlungsbedarfe und Initiierung von Kooperationen und Netzwerken

Zu den Aufgaben der regional tätigen Institutionen gehört auch, die Möbelhersteller in OWL von der Mitwirkung an Kooperations- und Netzwerkprojekten zu überzeugen. Damit die Unternehmen nicht einer Informationsüberflutung in Form eines unspezifizierten Werbens für verschiedene Kooperationsprojekte ausgesetzt sind, haben die beteiligten Institutionen die in der Möbelindustrie vorhandenen Kooperationspotenziale im Vorhinein zu analysieren. Erst danach ist es möglich, abgestimmt auf die speziellen Bedürfnisse der Unternehmen, Maßnahmen der Kooperationsförderung zu ergreifen. Soweit dies im Vorhinein möglich ist, sind potenzielle Erträge und Nutzen konkreter Kooperationsprojekte zu ermitteln (Meyer 2002: 116).

Die durchzuführende Analyse umfasst drei Schritte. Zunächst werden im Rahmen der Informationsgewinnung anhand von bereits erhobenen sowie frei zugänglichen Daten die in Kooperationen aktiven und noch inaktiven Möbelhersteller in OWL identifiziert. Weiterhin können diese anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes Teilbranchen zugeordnet werden, um eine grobe Einordnung nach potenziellen Konkurrenten und Komplementoren zu ermöglichen. Die anschließende Bedarfsermittlung in Form einer Primärerhebung erfolgt durch Gespräche mit Unternehmensvertretern oder durch eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen. Im Rahmen der Initiierung werden schließlich auf Grundlage der gesammelten Daten potenzielle Kooperationspartner angesprochen und zusammengeführt. Staudt (1992: 28) empfiehlt zum einen die Einbindung des Kooperations- und Netzwerkgedankens in die Aus- und Weiterbildung, in die Empfehlungen der Fachverbände, der Handels- und Handwerkskammern und der Innungen sowie zum anderen eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit für Kooperationen in den Zeitungen und Fachzeitschriften.

4.4.3 Institutionalisierung des Wissenstransfers sowie der Koordination von Initiativen und Projekten

Kooperationen und Netzwerke bestehen in der Möbelindustrie der Region OWL vorerst nur in Ansätzen. Es fehlt weitgehend der Überblick und das Wissen über fördernde Institutionen mit ihren Aufgaben und Möglichkeiten, ferner über Fördermittel, über Erfahrungen mit Kooperationsprojekten und Netzwerkinitiativen sowie über Erfahrungen mit verschiedenen Formen des Kooperations- und Netzwerkmanagements. Sofern regionale Kooperationsprojekte und Netzwerkinitiativen nicht koordiniert werden, bleiben Wirtschaftlichkeitspotenziale unausgeschöpft und werden auch Fördermittel nicht effektiv verwendet. Die Institutionalisierung des Wissenstransfers und der Koordinierung trägt dagegen zur Bildung von Kooperationen und Netzwerken bei. Für diese Aufgaben werden sich vor allem bereits bestehende Institutionen des Technologie- und Wissenstransfers oder der Wirtschaftsförderung eignen. Bei einzelnen Projekten und Initiativen kommen dafür auch Projekt- oder Netzwerkmanager in Frage.

Die Möbelindustrie in OWL kann beispielsweise von den Erfahrungen italienischer Netzwerkinitiativen lernen. Diese bestehen bereits seit den 1980er Jahren, als eine Restrukturierung verschiedener italienischer Industriedistrikte notwendig wurde (Dei Ottati 1998: 28). Insbesondere in den Regionen Venetien, Lombardei, Toskana, Kampanien und Basilicata gibt es eine Konzentration von Möbelherstellern. Es ist zu vermuten, dass dort vergleichbare Strukturen zu denen in OWL anzutreffen sind (Lojacono/Lorenzen 2000: 73).

Die Möbelindustrie in OWL kann ebenfalls von den österreichischen Netzwerkinitiativen lernen. In Österreich hat sich eine Netzwerkpolitik seit Anfang der 1990er Jahre entwickelt. Beispielsweise geben zehn von elf befragten österreichischen Netzwerkmanagern an, dass die von ihnen geführten Netzwerke durch öffentliche Fördergelder unterstützt werden. Die Fördergelder werden von der jeweiligen Landesregierung bereitgestellt. Dabei sind drei Förderformen zu unterscheiden: Die einmalige Startfinanzierung dient dem schnellen Aufbau von Netzwerkstrukturen, wobei sich ein Netzwerk nach dem Aufbau notwendiger Netzwerkstrukturen eigenständig zu finanzieren hat. Bei der degressiven Basisfinanzierung werden die Förderbeträge nach und nach bis auf Null reduziert. Dadurch werden Anreize für die Wirtschaftlichkeit des Netzwerkes gegeben, die anfangs hohen Kosten zu senken, um möglichst schnell zu erwartende Lernkurveneffekte mit entsprechend abnehmenden Durchschnittskosten zu realisieren. Als dritte Förderform werden zweckgebundene Fördermittel eingesetzt (Laukötter 2004: 51).

In Deutschland beschränkt sich die staatliche Förderung von Kooperationen und Netzwerken in der Regel auf maximal fünf Jahre (Gerlach 2003: 299). Ob die Förderdauer genügt, damit sich ausreichend stabile Kooperations- und Netzwerkstrukturen entwickeln, ist zumindest im Fall der Möbelindustrie in OWL zu bezweifeln. Nach Aussage der Experten herrscht in der ostwestfälisch-lippischen Möbelbranche großes Misstrauen unter den Möbelherstellern. Bis genügend Vertrauen aufgebaut worden ist und sich stabile Kooperationen und Netzwerke entwickelt haben, werden vermutlich mehr als fünf Jahre vergehen. Deswegen ist darüber nachzudenken, unter welchen Bedingungen eine Förderung von Kooperations- und Netzwerkinitiativen über einen längeren Zeitraum sinnvoll ist. Fördermittelanträge stehen neuerdings in Wettbewerb zueinander, d. h. gemäß bestimmter Erfolgsindikatoren werden nur die Besten bewilligt (Gerlach 2003: 293). Sinnvoll ist, den Wettbewerb auf die Verlängerung von Förderzeiträumen auszuweiten. Die Bewilligung einer Verlängerung sollte dabei von den bereits erzielten Erfolgen in der jeweiligen Kooperations- bzw. Netzwerkinitiative und von den noch zu erschließenden Wirtschaftlichkeitspotenzialen abhängig gemacht werden. Werden konkrete Zielvorgaben in den Kooperations- und Netzwerkinitiativen festgelegt, lässt sich die Zielerreichung insoweit auch überprüfen.

Die Dokumentation erfolgreicher regionaler Kooperationsprojekte ist ein wesentlicher Bestandteil einer an Kooperationen und Netzwerken anknüpfenden Regionalpolitik²². Ein Großteil der von Dibbern (2002: 181) befragten Experten bestätigte, dass durch eine Informationsübermittlung die Vorurteile gegenüber Kooperationen und Netzwerken verringert werden. Noch nicht an Kooperationen beteiligte Unternehmen werden auf Erfolgsbeispiele aufmerksam und erkennen deren Wirtschaftlichkeitspotenziale. Bereits in Kooperationen aktive Unternehmen werden in ihrem Handeln bestärkt.

Die Netzwerkmesse »net´s work«, die 2004 zum zweiten Mal in OWL stattfand, dient der Präsentation verschiedener Unternehmensnetzwerke und als Forum für einen Wissenstransfer. Die Messe wird als »exzellentes Beispiel für den Innovationstransfer zwischen Forschung und Praxis« bezeichnet (Kaddatz/Nitsch 2004: 9f.). Derartige Informationsveranstaltungen werden von einem Großteil der von Dibbern (2002: 183) befragten Experten als wichtig erachtet, da dort Kooperations- und Netzwerk-Know-how vermittelt werden und die an Kooperationen interessierten Unternehmer erste Kontakte knüpfen können. Aber auch Negativbeispiele (z. B.

22 S. hierzu Gersmeyer 2004: Teil C. Der Autor verwendet den Begriff »clusterorientierte Standortpolitik«. Er entwirft eine neue Konzeption der Förderung der regionalen Entwicklung durch Kooperationen und Netzwerke.

gescheiterte Kooperationsprojekte) sollten zumindest intern zur Information für Koordinationsinstitutionen dokumentiert werden. Von einer darüber hinausgehenden Veröffentlichung wäre aus Imagegründen abzuraten.

Jede Koordinationsinstitution hat eine Kooperations- und Netzwerkdatenbank zu betreiben, die gleichzeitig mit den Datenbanken anderer Koordinationsinstitutionen vernetzt ist. Dibbern (2002: 141) zufolge wird in einer derartigen Datenbank Kooperationsreputation dokumentiert. Jedes Unternehmen hat die Möglichkeit, durch entsprechende Kooperationsaktivitäten in der Vergangenheit Kooperationsreputation zu erwerben und weiter zu vermehren. In der Datenbank werden die Erfahrungen der Unternehmen dargestellt, die sie während der verschiedenen Kooperationsprojekte mit anderen Partnern gesammelt haben. Durch hohe Kooperationsreputation signalisiert das jeweilige Unternehmen potenziellen Kooperationspartnern, dass diese es mit einem kooperationswilligen und nicht mit einem zu defekten Strategien neigenden Partner zu tun haben. Die Datenbank unterstützt insoweit Lernprozesse der Vertrauensbildung und darüber hinaus der intrinsischen Reziprozität (Sobel 2005; s. auch Abschnitt 4.3.4).

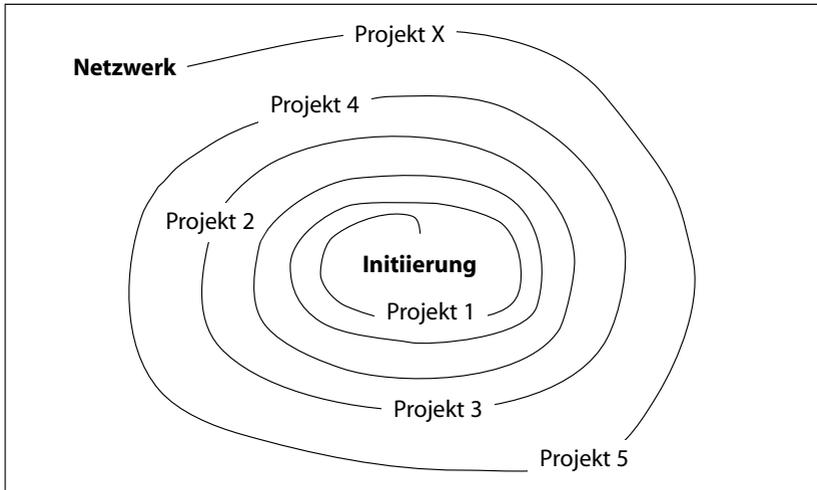
Die in Abschnitt 3.5 vorgestellten Fallbeispiele »Die EKM-Einkaufskooperation Möbelindustrie GmbH« und »SOLI-Consulting« belegen, dass die Unternehmer erst von dem Vorteil einer Teilnahme an den Kooperationen überzeugt werden mussten. Dibbern (2002: 132) führt hierzu aus, dass diejenigen Unternehmer sich am ehesten vom Nutzen einer Kooperation überzeugen lassen, die bereits positive Erfahrungen in anderen Kooperationen gesammelt haben. Für Unternehmer ohne Erfahrungen mit Kooperationen stellen ihr unzureichendes Know-how und das Problem der Identifizierung vertrauensvoller potenzieller Kooperationspartner wesentliche Kooperationshemmnisse dar. Diese Kooperationshemmnisse gelten auch für die Möbelindustrie in OWL. Vor diesem Hintergrund können die empfohlenen Datenbanken dazu beitragen, Unsicherheiten bei der Bildung von Kooperationen und Netzwerken zu reduzieren.

4.4.4 Prozess der Netzwerkbildung

Der Prozess der erfolgreichen Bildung eines Netzwerkes lässt sich idealtypisch als Spirale darstellen. Nach der Initiierung eines Netzwerkes werden verschiedene Kooperationsprojekte durchgeführt: zunächst kleinere Projekte mit kürzerer dann größere mit längerer Laufzeit. Die abgebildete Spirale symbolisiert einen Lernprozess mit anwachsenden positiven Kooperationserfahrungen, dem Aufbau von Reputation der beteiligten Kooperationspartner und der zunehmenden intrinsischen

Reziprozität, also dem Bewusstsein, dass der eigene Wirtschaftserfolg denjenigen der Kooperationspartner voraussetzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es kein generalisierbares Konzept für eine Netzwerkbildung gibt. Regionale Besonderheiten oder solche einzelner Wirtschaftszweige können Kooperationen und Netzwerke eher begünstigen oder erschweren.

Abbildung 37: Die Netzwerkbildungsspirale



Quelle: Eigener Entwurf.

Wird die Netzwerkbildungsspirale auf eine Branche bezogen, wie z. B. die Möbelindustrie in OWL, so ist es oftmals zunächst schwierig, die Möbelhersteller von einer Teilnahme zu überzeugen. Sind allerdings die ersten Projekte erfolgreich umgesetzt und transparent gemacht worden, so erkennen die Möbelhersteller den Nutzen dieser Netzwerkinitiative. »Erst wenn sich mit den Jahren der Erfolg einstellt, werden viele, die bisher abseits standen, versuchen, auf den fahrenden Zug zu springen« (Gerlach 2003: 299). Generell ist es so, dass sich zwar einige an der Kooperation beteiligte Unternehmen besser stellen als andere. Allerdings wird jedes Unternehmen am Kooperationsgewinn beteiligt, den es allein nicht hätte erwirtschaften können. Seine Bereitschaft, an einem Kooperationsprojekt mitzuwirken, wächst. Sind dagegen die ersten Projekte nicht erfolgreich, so werden vermutlich die bestehenden Kooperationshemmnisse weiter verstärkt, was zu einem Scheitern der gesamten Netzwerkinitiative führen kann. Die zukünftige Kooperationsbereitschaft hängt

von den Erfolgen der ersten Projekte ab, welche daher sorgfältig ausgewählt und betreut werden sollten (Meyer 2002: 117).

In der Möbelindustrie in OWL sind die Gegenwartspräferenzen hoch. Daher erscheint es sinnvoll, zu Anfang kleine Kooperationsprojekte durchzuführen, die einen verhältnismäßig schnellen Erfolg versprechen und die nicht zu hohe Kosten verursachen. Gelingt es, diese kleinen Projekte erfolgreich durchzuführen, so können die daran teilnehmenden Unternehmen der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie vom Nutzen weiterer Kooperationsprojekte überzeugt werden. Zukünftig wird ihre Bereitschaft vermutlich größer sein, auch an größeren Kooperationsprojekten teilzunehmen. Gelingt es, einige Unternehmer als so genannte Leitunternehmer zu gewinnen, die für den Netzwerkgedanken in der Branche werben, so wird der Nutzen von Kooperationsprojekten anderen Unternehmern eher bewusst, als es der Fall wäre, wenn nur von Seiten der regional tätigen Institutionen versucht würde, für Kooperationen zu werben.

Die Netzwerkbildung ist als ein sich selbst verstärkender Prozess anzusehen. Dabei umfassen die Kooperationsprojekte die Funktionsbereiche Produktion, Aus- und Weiterbildung, Zulieferung und Vertrieb. Es können sowohl horizontale als auch vertikale Kooperationsprojekte mit anderen Unternehmen, mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen initiiert und durchgeführt werden. Nach Meyer (2002: 120) ist es sinnvoll, »mit konkreten Kooperationsprojekten an die Unternehmen heranzutreten«. Da Netzwerke internen und externen Veränderungen ausgesetzt und damit dynamisch sind (Staudt 1992: 165), ist eine kontinuierliche Überprüfung der formulierten Zukunftsperspektiven, der daraus abgeleiteten Maßnahmen und der damit zusammenhängenden Kooperationsprojekte erforderlich.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die Globalisierung und vor allem die Öffnung der östlichen und fernöstlichen Märkte führen zu dynamischen Veränderungen im Unternehmensumfeld der Möbelhersteller in OWL. Auf diese Veränderungen können die Möbelhersteller mit geeigneten Strategien und die regional tätigen Institutionen mit unterstützenden Maßnahmen reagieren. Es wird von der die Untersuchung leitenden Hypothese ausgegangen, dass es insbesondere für regional konzentriert ansässige und hier vor allem für mittelständische Unternehmen nützlich ist, Kooperationen einzugehen und Netzwerke zu bilden. Ziel ist, durch die Bildung von Kooperationen bis hin zu Netzwerken einen optimalen Einsatz der vorhandenen Ressourcen zu erreichen und eine effiziente Anpassung an das sich dynamisch verändernde Unternehmensumfeld zu ermöglichen. Gelingt dies nicht, droht das Ausscheiden von Möbelherstellern aus dem Markt.

Als eine regionale Besonderheit in OWL ist die Konzentration der Möbelhersteller und ihrer Zulieferer zu nennen. Bereits in einer Vorstudie wurde das potenzielle Netzwerk »Wohnen/Haushalt« identifiziert und in der vorliegenden Untersuchung im Hinblick auf seine empirische Relevanz näher überprüft. Da das potenzielle Netzwerk mehrere Branchen umfasst, aber die Möbelherstellung die bedeutendste Branche in diesem Netzwerk darstellt, wurde sie näher untersucht. Es ist davon auszugehen, dass die ermittelten Untersuchungsergebnisse auf die anderen Branchen dieses potenziellen Netzwerkes zu übertragen sind.

In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung vorgestellt. Es wurden alle Möbelhersteller Ostwestfalen-Lippes sowie zehn Möbelhersteller aus angrenzenden Regionen angeschrieben und mittels eines Fragebogens befragt. Dabei konnte ein befriedigender Rücklauf erreicht werden. Die antwortenden Unternehmen sind sowohl für die ostwestfälisch-lippische als auch für die nordrhein-westfälische Möbelindustrie repräsentativ. Weiterhin wurden Interviews mit Experten von Verbänden, Trägern der Mitbestimmung, Beratungseinrichtungen, Unternehmen der Möbelindustrie und der Möbelzulieferindustrie sowie mit Netzwerkkoordinatoren geführt. Vor der schriftlichen Befragung wurden einige Experteninterviews geführt, um den entwickelten Fragebogen hinsichtlich seiner Eignung für die Untersuchung zu überprüfen. Die übrigen Experteninterviews wurden nach Auswertung der Fragebögen geführt, um die gewonnenen Ergebnisse zu interpretieren und weiter zu differenzieren. Nach Aussage der Experten können Koope-

rationen in der Möbelindustrie in OWL die Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Unternehmen erhöhen. Das vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenzial wird allerdings bisher nur selten genutzt. Immerhin belegen die Fallbeispiele (Abschnitt 3.5) ermutigende Erfolge von Kooperationen und Netzwerken in der ostwestfälisch-lippischen Möbelindustrie.

Ein Großteil der Dienstleistungen sowie der Maschinen und Zwischenprodukte werden nach den Angaben der Möbelhersteller in OWL eingekauft. Auf die Frage nach der Entwicklung der Bedeutung des Einkaufs von Zwischenprodukten, Maschinen und Dienstleistungen in OWL, in der BRD und im Ausland in den letzten Jahren wird geantwortet, dass die vergleichsweise große Bedeutung Ostwestfalen-Lippes weitgehend erhalten geblieben ist. Nach Aussage der Experten handelt es sich bei diesen bestehenden vertikalen Kooperationen in der Regel um typische Zulieferer-Abnehmer-Beziehungen. Nach den Angaben der Möbelhersteller ist horizontal die Kooperationshäufigkeit unter den Möbelherstellern und mit den Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie den staatlichen Institutionen eher gering, wenn auch in allen Funktionsbereichen (Produktion, Aus- und Weiterbildung, Zulieferung und Vertrieb) in den letzten Jahren eine Zunahme der Kooperationshäufigkeit zwischen Unternehmen zu erkennen ist.

Die ermittelte geringe horizontale Kooperationshäufigkeit und die nach Aussage der Experten ebenfalls geringe Kooperationsbereitschaft sind mit den identifizierten Kooperationshemmnissen zu begründen. So stellen nach Aussage der Experten die Angst vor Know-how-Verlust, das mangelnde Vertrauen zu potenziellen Kooperationspartnern, die Unwissenheit der Unternehmen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitspotenziale von Kooperationen sowie ihre begrenzten Fähigkeiten, Kooperationen anzubahnen und einzugehen, Hemmnisse dar, welche die Möbelhersteller in OWL von Kooperationen und der Bildung von Netzwerken abhalten. Diese Kooperationshemmnisse sind zunächst zu überwinden, wozu die regional tätigen Institutionen mit geeigneten Maßnahmen beitragen können. Gelingt es nicht, Kooperationen zu bilden und Netzwerke zu entwickeln, wird der Beschäftigungsabbau fortgesetzt, werden viele Möbelhersteller in OWL ihr Unternehmen schließen oder Unternehmensteile bzw. das gesamte Unternehmen in Billiglohnländer verlagern. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der Entscheidung einer Verlagerung ins Ausland oftmals eine mangelhafte Planung vorausgeht (BMBF 2003: 2). Es ist daher zu vermuten, dass auch die Möbelhersteller in OWL bei einer umfassenden strategischen Planung die bisher nicht genutzten Potenziale der Region OWL erkennen und von einer Standortverlagerung Abstand nehmen.

In Kapitel 3 sind Anhaltspunkte für eine Branchenkrise, in der sich die Möbelindustrie in OWL befindet, genannt worden. Es ist davon auszugehen, dass die Möbelhersteller nicht ausreichend auf die Veränderungen im Unternehmensumfeld reagiert haben. Weiterhin belegen verschiedene empirische Untersuchungen, so auch die unter kleinen und mittelständischen Unternehmen in OWL durchgeführte Studie von Rautenstrauch, Müller und Kurzich (2003), dass diese Unternehmen zwar in der Regel operatives Controlling, allerdings nur selten strategisches Controlling und damit verbunden eine langfristige strategische Planung vornehmen. Da jedoch Kooperationen und Netzwerke zu Anfang vergleichsweise hohe Kosten verursachen und erst langfristig von Nutzen sind, ist es wichtig, dass die potenziellen Kooperationspartner langfristig strategisch planen. Die eher kurzfristige Planung der ostwestfälisch-lippischen Möbelhersteller wird neben den angeführten Kooperationshemmnissen von den befragten Experten als ein wesentlicher Grund für die geringe Kooperationsbereitschaft und Kooperationshäufigkeit angesehen.

Kapitel 4 arbeitet als Handlungsempfehlungen für die Möbelhersteller in OWL heraus: die Fokussierung auf die jeweiligen Kernkompetenzen; die verstärkte Markt- und Kundenorientierung; die Entwicklung von Produkten mit einer hohen Qualität und einem umfassenden Kundenservice sowie die Erhöhung der Flexibilität, um schnell auf Veränderungen im Unternehmensumfeld reagieren zu können. Speziell werden, abgestimmt auf die Strukturen der Möbelindustrie in OWL, das Modell der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion und das Modell der flexiblen Spezialisierung vorgestellt. Ziel der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion ist primär, die Komplexität in der Möbelproduktion, also das Verhältnis von Teilevielfalt zu Lebensdauer, zu verringern. Es handelt sich dabei um das Verhältnis der Summe der Produktlinien, Modelle, Typen, Teile und Varianten einerseits und der Produktlebenszyklen der entwickelten Möbelmodelle andererseits. Die Verringerung der Komplexität lässt sich insbesondere durch eine standardisierte Möbelproduktion erreichen, d. h. durch eine Verringerung der Teilevielfalt. Dadurch würde gleichzeitig der Lohnkostenanteil am Endprodukt verringert und damit die Wettbewerbsfähigkeit der beteiligten Möbelhersteller erhöht. Nach Aussage der befragten Experten sind die Handlungsempfehlungen im Rahmen des Modells der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion vor allem in den größeren Unternehmen der Küchenmöbelindustrie und in einigen größeren Unternehmen der Wohn- und Schlafmöbelindustrie umzusetzen.

Die übrigen kleineren Möbelhersteller sollten allerdings nicht versuchen, vordringlich die Teilevielfalt, sondern vielmehr die Lebensdauer der entwickelten Möbelmodelle zu erhöhen. Das Modell der flexiblen Spezialisierung kann dazu bei-

tragen, dass sich die beteiligten Unternehmen (Möbelhersteller und Zulieferer) auf ihre Kernkompetenzen fokussieren und damit flexibler und wettbewerbsfähiger werden. Im Modell der flexiblen Spezialisierung orientieren sie sich durch die gemeinsame Vermarktung komplementärer Möbel in Form von Systemangeboten stärker am dynamisch sich entwickelnden Markt und an den sich verändernden Kundenwünschen. Ein umfassender Kundenservice ist Voraussetzung für die Vermarktung der Systemangebote.

Ziele beider Modelle sind darüber hinaus, durch Kooperationen und Netzwerke die Kapazitäten der beteiligten Unternehmen auszulasten (Erreichen der mindest-optimalen Betriebsgrößen) sowie eine effiziente Anpassung an das jeweilige Unternehmensumfeld zu erreichen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Möbelhersteller in OWL nachhaltig zu steigern. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung beider Modelle ist, dass die Unternehmen ihr Unternehmensumfeld kennen. Jeder Möbelhersteller sollte daher sowohl seine Kunden und Lieferanten als auch seine Konkurrenten und Komplementoren berücksichtigen. Konkurrenten können situationsabhängig zu Komplementoren werden. Komplementoren bieten Produkte oder Dienstleistungen an, die das eigene Produkt bzw. die eigene Dienstleistung ergänzen. Dadurch bewerten die Kunden den Wert des einzelnen Produktes bzw. der einzelnen Dienstleistung höher. Diese Betrachtungsweise bietet die Grundlage für Systemangebote und die gemeinsame Vermarktung der Möbel verschiedener Möbelhersteller.

Das von Nalebuff und Brandenburger (1996b: 17) im Coopetition-Ansatz verwendete Wertennetz hilft bei der Strukturierung des Unternehmensumfeldes, speziell auch der Möbelhersteller in OWL. Mit Hilfe dieses Ansatzes und des so genannten Geschäftsspiels der Spieltheorie lassen sich die täglichen Interaktionen im Wettbewerb strukturieren sowie potenzielle Kooperationspartner und Kooperationspotenziale identifizieren. Die Umsetzung der Modelle der mehrbetrieblichen arbeitsteiligen Massenproduktion und der flexiblen Spezialisierung sowie allgemein die Bildung von Kooperationen bis hin zu Netzwerken werden dadurch erheblich erleichtert.

Neben der Kenntnis des Unternehmensumfeldes sind vor allem die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung der beiden Modelle sowie generell für die Entstehung und Entwicklung von Kooperationen und den Aufbau von Netzwerken zu schaffen: eine langfristige strategische Planung, der Abbau der Kooperationshemmnisse und damit zusammenhängend die Verringerung der Gegenwartspräferenzen. Regionale Institutionen der Wirtschaftsberatung und -förderung können insbesondere unterstützende Maßnahmen anbieten: zur Entwicklung und regio-

nenalen Verankerung gemeinsamer Zukunftsperspektiven; zur Identifizierung regionaler Kooperationsbedarfe und zur Initiierung von Kooperationen und Netzwerken; zum Aufbau eines Wissens-Transfersystems für die Verbesserung der Kooperations- und Netzwerkentwicklung; zur Bereitstellung von Informationen über regionale oder überregionale Kooperationsprojekte und Netzwerkinitiativen; schließlich zur Unterstützung der Unternehmen bei ihrer Strategiebildung.

Es ist wichtig, dass die verschiedenen Maßnahmen aufeinander abgestimmt sind. Dies gelingt, wenn die regionalen Institutionen, die aktiv an der Kooperationsbildung und am Netzwerkaufbau mitwirken, ihre Aktivitäten koordinieren. Deswegen ist eine regional aktive Koordinationsinstitution mit der Abstimmung der regionalen Kooperationsprojekte zu beauftragen. Die Koordinationsinstitution sollte wiederum mit anderen Koordinationsinstitutionen kooperieren, wenn z. B. für bestimmte regionale Kooperationshemmnisse bereits in anderen Regionen Lösungsmöglichkeiten erarbeitet worden sind, die zur Behebung der regionalen Kooperationshemmnisse beitragen können. In der Regel entsteht erst nach etlichen erfolgreich abgeschlossenen Kooperationsprojekten ein Netzwerk. Führen allerdings erste Kooperationsprojekte zu Misserfolgen, so verfestigen sich die in der jeweiligen Branche bestehenden Kooperationshemmnisse. Eine regionale Koordination und Unterstützung bei der Kooperationsbildung bis hin zur Netzwerkentwicklung ist deswegen notwendig.

Das Fazit der vorstehenden Kapitel lautet, dass aufgrund der regionalen Konzentration der Möbelhersteller und ihrer Zulieferer in OWL die Wettbewerbsfähigkeit dieser Unternehmen durch die Bildung von Kooperationen bis hin zum Aufbau von Netzwerken erhöht werden kann. Diese innovativen Organisationsformen ermöglichen eine erfolgreiche Anpassung an das sich dynamisch verändernde Unternehmensumfeld. Die regionale Konzentration dieser Unternehmen stellt einen Wettbewerbsvorteil dar, der durch Möbelhersteller und deren Zulieferer in anderen Regionen nicht ohne weiteres wegkonkurriert werden kann. Durch die Nutzung dieses Wettbewerbsvorteils werden die Tendenzen zum Beschäftigungsabbau sowie zur Auslagerung bzw. Verlagerung in Billiglohnländer verringert. Der Standort Ostwestfalen-Lippe, die regionale Wertschöpfung sowie die davon abhängigen Arbeitsplätze können so gesichert werden.

Teil C:
Kooperationen
und Netzwerke
in der Gesundheits-
wirtschaft der
Region
Ostwestfalen-Lippe

Anders als bei der zuvor analysierten Möbelindustrie handelt es sich bei der Gesundheitswirtschaft um eine staatlich regulierte Branche. Unter Berücksichtigung der Regulierung der Gesundheitsversorgung wird in Teil C untersucht, inwiefern Kooperationen und Netzwerke dazu beitragen können, zum einen die Versorgung in der Region Ostwestfalen-Lippe (OWL) zu verbessern und zum anderen die Wettbewerbsfähigkeit der Region zu steigern. Da die stationären und ambulanten Leistungserbringer den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft darstellen, finden ihre Kooperationen und Netzwerke untereinander besondere Beachtung. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der sich am Behandlungspfad der Patienten orientiert. Kooperationen und Netzwerke können dazu dienen, den Patienten einen reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten und Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu überbrücken.

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 und Wirtschaftsförderungsorganisationen sowie mit den Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft berücksichtigt. Das folgende Kapitel 7 erläutert Abgrenzungen und Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft, ferner die Gründe für die staatliche Regulierung und die sich daraus ergebenden Anreize sowie Handlungsspielräume für Kooperationen und Netzwerke. Vorsorglich sei darauf hingewiesen, dass bei dieser Aufgabenstellung eine ausreichend differenzierende Darstellung und Kommentierung der Rahmenbedingungen für die Gesundheitswirtschaft unumgänglich ist.

7 BESONDERHEITEN DER GESUNDHEITS- WIRTSCHAFT

7.1 ABGRENZUNGEN

Die Gesundheitswirtschaft kann funktionell und institutionell abgegrenzt werden. Die institutionelle Abgrenzung umfasst alle Einrichtungen und Personen, welche die Aufgabe der Gesundheitserhaltung oder -verbesserung erfüllen. Sie bestimmen das Leistungsgeschehen (Mühlbacher 2002: 49). Die funktionelle Abgrenzung gliedert das Leistungsgeschehen. Nach Henke und Hesse (1999: 249) sind die Teilfunktionen Prävention und Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie gesundheitsbezogene Forschung und Ausbildung zu unterscheiden. Darunter fällt auch die Absicherung des Krankheitsrisikos durch die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung.

Die vorliegende Untersuchung verwendet sowohl eine institutionelle als auch eine funktionelle Abgrenzung der Gesundheitswirtschaft. Die institutionelle Abgrenzung dient der Beantwortung der Frage, welche Gesundheitseinrichtungen in OWL in Kooperationen und Netzwerke eingebunden sind. Dabei stellen die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung – die Krankenhäuser, die Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und die niedergelassenen Ärzte – den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft dar. Die empirische Untersuchung betrifft hauptsächlich diesen Kernbereich (s. Kapitel 10). Die Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie das Gesundheitshandwerk und der Handel tragen mit ihren Produkten zur Gesundheitsversorgung bei, während Institutionen und Organisationen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie staatliche Institutionen bzw. Wirtschaftsförderungsorganisationen Dienstleistungen (z. B. Beratungstätigkeiten) erbringen. Die genannten Bereiche, die nicht zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft zählen, werden bei der empirischen Untersuchung anhand von Experteninterviews und Fallstudien erfasst. Darüber hinaus finden auch die Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft Berücksichtigung, soweit es die Datenlage zulässt.

Anhand der funktionellen Abgrenzung wird außerdem untersucht, in welchen Funktionsbereichen die Gesundheitseinrichtungen kooperieren. In Anlehnung an Henke und Hesse (1999: 249) werden folgende Funktionsbereiche unterschieden:

Erstellung von Dienstleistungen (Prävention und Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation, Pflege sowie Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln); ferner Forschung und Entwicklung sowie Aus- und Weiterbildung. Darüber hinaus werden auch Kooperationen und Netzwerke untersucht, die der Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen dienen.

Die Gesundheitswirtschaft weist einige Besonderheiten auf, die staatliche Regulierungen erfordern. Sie bieten insbesondere auch Anreize für die Entstehung von Kooperationen und Netzwerken. Auf diese Besonderheiten wird im Folgenden näher eingegangen. Bei der Betrachtung der Gesundheitswirtschaft unterscheiden Breyer und Zweifel (1999: 152) zwischen dem Markt für Gesundheitsgüter bzw. -leistungen (hauptsächlich medizinische Leistungen) und dem Markt für private Krankenversicherungen. Beide Märkte werden untersucht, Probleme des Arzneimittelmarktes bleiben dagegen ausgeklammert. Die Begriffe Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen werden synonym verwendet.

7.2 EIGENSCHAFTEN VON GESUNDHEITSGÜTERN ALS BEGRÜNDUNG FÜR MARKTVERSAGEN

Bei der Allokation von Gesundheitsgütern, insbesondere von medizinischen Leistungen, sind erhebliche Abweichungen von marktwirtschaftlichen Prinzipien zu berücksichtigen. Diese Abweichungen sind damit zu begründen, dass Gesundheitsgüter Eigenschaften aufweisen, die zum Marktversagen führen. Marktversagen bedeutet, dass sich durch den Marktmechanismus ein ineffizienter Zustand einstellt, bei dem keine pareto-optimale Allokation zustande kommt (Basedow 2004: 8). Im Extremfall würden bestimmte Gesundheitsgüter gar nicht angeboten; ein Markt würde für sie nicht existieren. Eine pareto-optimale Allokation läge im Idealfall vor, wenn kein Nachfrager seinen Nutzen und kein Anbieter seinen Gewinn steigern kann, 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. Alle am Markt teilnehmenden Akteure würden die Marktpreise akzeptieren und der Markt wäre geräumt. Im Gesundheitsmarkt gelten derartige Idealbedingungen nicht, weil Gesundheitsgüter eben nicht marktfähig sind (Breyer/Zweifel 1999: 151). 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).

Marktversagen lässt sich allgemein und speziell auch bei Gesundheitsgütern 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 Konsumentensoeveränität.
- Es besteht keine vollkommene Markttransparenz.
- Gesundheitsgüter werden mit Größen- und/oder Verbundvorteilen erstellt.

Da sämtliche Ursachen zu Marktversagen führen, besteht die Notwendigkeit einer Regulierung durch den Staat, um ein Angebot in gewünschter Höhe und Qualität und damit eine Grundversorgung sicherzustellen. Begründungen bietet die Fachliteratur. Sie sind als gesichert anzusehen, so dass sie hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden (s. hierzu auch Basedow 2004; Oberender/Hebborn/Zerth 2002; Dichtl/Issing 1994; Arrow 1985).

7.3 GERECHTIGKEIT IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Neben den vorstehend angeführten Effizienzkriterien liefern auch Kriterien der Gerechtigkeit eine Begründung für die staatliche Regulierung des Gesundheitsmarktes (Möschel 2004: 280 f.). Der Marktmechanismus führt ohne staatliche Regulierung dazu, dass nur diejenigen Personen Gesundheitsgüter nachfragen können, die die finanziellen Möglichkeiten haben, den Marktpreis zu bezahlen. Da aber aus Gerechtigkeitsgründen jeder Mensch einen Anspruch auf medizinische Behandlung hat, ist es ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik, der gesamten Bevölkerung den Zugang zu Gesundheitsgütern zu ermöglichen, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit (Breyer/Zweifel 1999: 151).

7.4 MARKTVERSAGEN UND MANGELNDE GERECHTIGKEIT ALS BEGRÜNDUNGEN FÜR STAATLICHE REGULIERUNG UND KOOPERATIONEN

Aufgrund des beschriebenen Versagens des Gesundheitsmarktes und des Ziels, Gerechtigkeit bei der Versorgung der Nachfrager zu erreichen, kommt dem Staat die Aufgabe zu, Gesundheitsgüter in ausreichenden Mengen und jeweils in ausrei-

chender Qualität zur Verfügung zu stellen, um eine Sicherstellung der Grundversorgung zu garantieren. Unter staatlicher Regulierung ist im Folgenden die Einflussnahme durch Gesetze und durch Regierungshandeln gemeint.

Staatliche Regulierung stellt die Grundversorgung durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung sicher. 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, stehen aber unter der Aufsicht der Länder bzw. des Bundes (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 150 f.). Sie ermöglichen den Versicherten die Absicherung des Krankheitsrisikos, zu der es durch den Marktmechanismus ohne staatliche Regulierung nicht kommt (Arrow 1985: 20 f.). Die Absicherung erfolgt nach dem Solidaritätsprinzip. Die Versicherungsbeiträge sind einkommensabhängig, die Ansprüche auf medizinische Leistungen dagegen beitragsunabhängig (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 210 f.). 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 Selbstverwaltung bringt das Problem der mangelnden Flexibilität und Ineffizienz der Versorgungsstrukturen mit sich, da die beteiligten Organisationen unterschiedliche Interessen verfolgen. Gesundheitspolitisch erwünschte Anreize – z. B. für die Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Kostenminimierung – können somit wirkungslos bleiben. Anpassungen der Gesundheitsversorgung an Veränderungen wie z. B. an sich wandelnde Lebensverhältnisse können nur langsam stattfinden (Eiff 2002: 90-96; Oberender/Hebborn/Zerth 2002: 52-61). Dies begünstigt die Entstehung von Mängeln im Gesundheitssystem, die sich z. B. in steigenden Gesundheitsausgaben widerspiegeln. Beispielsweise führt die mangelnde Integration verschiedener Leistungsbereiche zu überflüssigen Mehrfachuntersuchungen.

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 ff.) lässt sich die staatliche Regulierung durch Kombination der folgenden vier traditionellen Instrumente beschreiben: Marktzutrittsbeschränkungen, Preisvorgaben, Qualitätsrichtlinien und Kontrahierungszwang. Neben diesen vier traditionellen Instrumenten der staatli-

chen Regulierung finden je nach Branche weitere Regulierungsinstrumente Anwendung. Für die Gesundheitswirtschaft werden in Anlehnung an Müller und Vogel-sang (1979: 197 ff.) folgende weitere Regulierungseingriffe als relevant angesehen: Investitionslenkung, Angebot von Gütern durch den Staat und 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, Hochschulzugangsbefreiungen und staatliche Zulassungsverfahren entsprechend der Bedarfsplanung für Ärzte und andere heilberuflich Tätige erreicht (Breyer/Zweifel 1999: 159; von der 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 Bereich des ambulanten Sektors auf. In Deutschland wurde beobachtet, dass ein größeres Angebot ärztlicher Leistungen mit einer stärkeren Inanspruchnahme der Leistungen einherging. 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 Anbieter selbst herbeigeführt werden, da sie die nachgefragte Menge der Gesundheitsgüter beeinflussen können (Geigant/Oberender 1985: 210). Bedarfsplanungen können solche künstlichen Nachfrage- und Angebotsausdehnungen einschränken.

Preisvorgaben

Zur staatlichen Regulierung des Angebotes 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. Diese orientieren sich am Einkommen der Patienten, nicht am Wert der in Anspruch genommenen Leistungen (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 210f.). 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 (optimale) Allokation in der Gesundheitswirtschaft zu gewährleisten (Gries/Langeleh 2002: 1).

Bei der ambulanten Versorgung kann eine künstliche Ausdehnung ärztlicher Leistungen 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 begrenzt.

Die Krankenhäuser verhandelten bisher jährlich mit den Krankenkassen über ein individuelles Budget, so dass bei ihnen eine relativ starke Kontrolle der erstellten Leistungen und der damit verbundenen Betriebs- und Personalausgaben erfolgte. Allerdings wurden die Ausgaben der Krankenhäuser von den Krankenkassen weitgehend 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-Systems²³ abzurechnen (»Scharfschaltung« des G-DRG-Systems im Jahr 2005).

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. Die Abrechnung erfolgt nun-

23 German – Diagnosis Related Groups

mehr nach diagnosebezogenen Fallgruppen (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 66 f., 147).

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 Deutsche Krankenhausgesellschaft erwartet, dass die Einführung des G-DRG-Systems zu einem verschärften Leistungswettbewerb der Krankenhäuser führt. Dies erfordert eine neue Leistungsausrichtung der Krankenhäuser in ihrem Wettbewerbsumfeld (Roeder u. a. 2004: 703-711). Greß, Jacobs, Schulze und Wasem (2004: 121) sind der Ansicht, dass von einer umfassenden wettbewerblichen Neuorientierung nicht gesprochen werden kann, da hierfür weiter reichende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich sind. Jedoch werden durch die Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhaussektor vollkommen neue Handlungsanreize gesetzt.

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 genutzt werden können. Rehabilitationsleistungen können allerdings laut § 111 Abs. 6 SGB V nur durch wirtschaftlich und organisatorisch selbstständige 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 und Kooperationen zwischen ihnen und den Krankenhäusern zu fördern, um vorhandene Ressourcen effizient nutzen zu können.

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 die angrenzenden 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 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. Nach deren Auffassung sind die Prozesse und Struktu-

ren der Krankenhäuser so zu organisieren, dass es bei den akutstationären Leistungen zu keiner Verlagerung kommt. Der staatlichen Regulierung kommt ihrer Meinung nach die Aufgabe zu, mit Qualitätsrichtlinien sicherzustellen, dass die Behandlung eines Akutfalls durch ein Krankenhaus abgeschlossen ist (Fuchs 2004: 191).

Qualitätsrichtlinien

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: 19f.). 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 durch die 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 (Selbmann 2004: 712 f.):

- 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).

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 ist. Zwar werden 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, so dass die Veröffentlichung im Abstand von zwei Jahren nicht für Aktualität bürgt.

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. Zum anderen treten Konzentrationstendenzen auf, da durch Kooperationen und Fusionen Größen- und Verbundvorteile genutzt werden können. Durch die Nutzung von Größen- und Verbundvorteilen können Kosteneinsparungen erzielt werden, so dass die kooperierenden Krankenhäuser ihre Wettbewerbsfähigkeit steigern. 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 leistungsfähigen medizinischen Ausstattung, die für einzelne Gesundheitseinrichtungen nicht rentabel ist. Ein Beispiel für eine solche gemeinsame Investition mit einer qualitativ hochwertigen Ausstattung ist das Gesundheitszentrum des Ärztenetzwerks »Medizin und Mehr« in Bünde, das in Abschnitt 11.4.1 als Fallbeispiel dargestellt 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, dürfen sie allerdings in ihrem Handeln nicht ausschließlich von den kooperierenden Anbietern abhängig sein. Denkbar ist es, Gatekeeper direkt über die Krankenkassen zu finanzieren, da diese ebenso wie die Patienten ein Interesse an qualitativ hochwertigen, effizienten Leistungen haben.

Kontrahierungszwang und Investitionslenkung

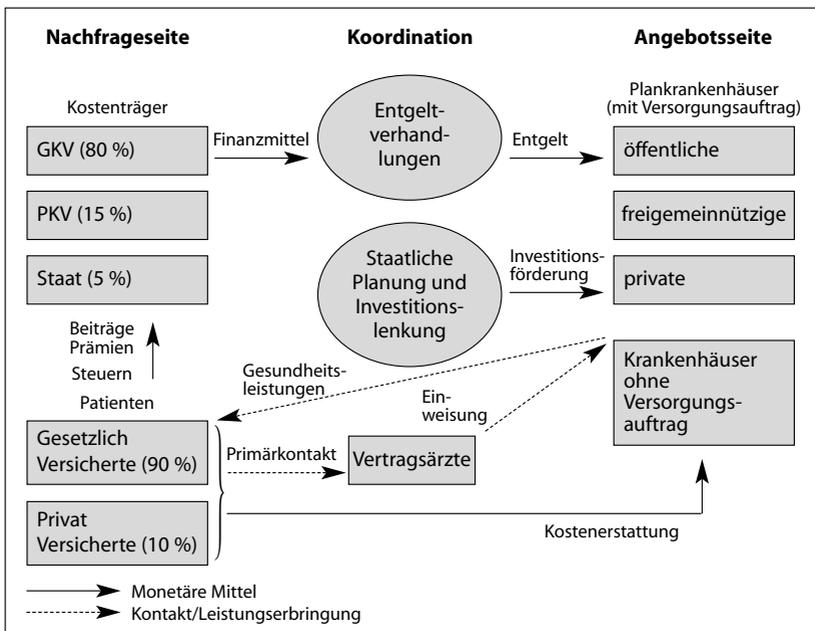
Da Kontrahierungszwang und Investitionslenkung in enger Verbindung zueinander stehen, werden beide Instrumente im Folgenden gemeinsam vorgestellt. Die staatliche Regulierung der Gesundheitswirtschaft beinhaltet den Kontrahierungszwang, das heißt die gesetzlich auferlegte Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebotes. Dies bezieht sich zum einen auf die Verpflichtung der Krankenkassen, im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung Mitglieder, unabhängig von deren Gesundheitszustand und finanzieller Leistungskraft, aufzunehmen. Zum anderen schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge ab, die die Leistungserbringer dazu verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen, unabhängig davon, ob die Erlöse der Leistungen die Kosten decken oder nicht (Becker-Berke/ Lautwein-Reinhard 2004: 140, 149f.). 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 Versorgungsauftrag besitzen, eine Krankenhausplanung vorgenommen, wie Abbildung 38 zeigt (Neubauer 2004: 103). Dieser staatlichen Krankenhausplanung liegen das Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie die landeseigenen Krankenhausgesetze zugrunde. Bei der Krankenhausplanung werden die Kapazitäten nach einer vorausgehenden Bedarfsschätzung festgelegt. Die Mitwirkenden haben somit Entscheidungsgewalt über die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Durch sie wird bestimmt, 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 für Leistungen der Plankrankenhäuser entsprechend ihrer Vertragspflicht zur Verfügung stellen. Dabei trägt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 80 %, die private Krankenversicherung (PKV) 15 % und der Staat die übrigen 5 % der Kosten. Die Plankrankenhäuser unterliegen somit einem dualen Steuerungssystem bzw. einer dualen Finanzierung (Neubauer 2003: 103f.).

Die gesetzlich und privat versicherten Patienten kommen über Beiträge, Prämien und Steuern für die Kosten auf. Sie nehmen im Krankheitsfall mit Vertragsärzten einen ersten Kontakt (Primärkontakt) auf und werden von diesen in die Plankrankenhäuser überwiesen. Neben den Plankrankenhäusern existieren Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag, deren Leistungen von den Patienten direkt erstattet werden und die daher von der staatlichen Planung sowie der Finanzierung durch Kostenträger unabhängig sind (Neubauer 2003: 103f.).

Abbildung 38: Gegenwärtiges duales Krankenhaus-Steuerungssystem



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neubauer (2003: 103).

Die Regulierung in Form eines dualen Steuerungssystems ist allerdings insoweit problematisch, als die staatliche Planung und Investitionslenkung mit der wettbewerbsorientierten Entgeltung durch die Kostenträger 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 Konflikten (Neubauer 2003: 103). Nach Auffassung von Wille²⁴ (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).

Aufgrund der fehlenden Information über die zukünftigen Bedürfnisse der Nachfrager wird die Finanzierung des Leistungsangebotes 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 und geschlossen werden. Krankenhäuser, die in mehreren Abteilungen zu geringe Auslastungen aufweisen, werden dann möglicherweise vollständig geschlossen. Diese vor allem für Krankenhäuser der Grundversorgung (mit bis zu 200 Betten) problematische Situation wird sich in den kommenden Jahren vermutlich verschärfen, da die Gesundheitsausgaben weiter reduziert werden sollen.

Fehlplanungen bei der staatlichen Investitionslenkung zeigen sich darin, dass die Krankenhausversorgung durch Bettenüberkapazitäten gekennzeichnet ist. Diese Überkapazitäten entstanden vermutlich dadurch, dass die Verkürzung der Verweildauer bei der Krankenhausplanung unterschätzt wurde (Neubauer 2004: 105). Überkapazitäten können zu dem Anreiz führen, Mehrfachuntersuchungen durchzuführen, die nicht medizinisch notwendig sind. Diese falschen Anreize können zum einen durch Kooperationen in den Kernbereichen eingeschränkt werden, zum anderen durch Auslagerungen von Randaktivitäten, z. B. von Laboren, Krankenhausküchen, Wäschereien. Langfristig angelegte Kooperationen ermöglichen es, das Angebot der Nachfrage besser anzupassen. Gesundheitseinrichtungen können Größen- und Verbundvorteile nutzen.

Daneben dienen Kooperationen auch dazu, die Markttransparenz zu erhöhen und die Informationsasymmetrie zu verringern. Vor allem vertikale Kooperationen

24 Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

der Anbieter zur gemeinsamen Behandlung der Patienten entlang des Behandlungspfades ermöglichen eine Informationsweitergabe und somit eine gezielte Abstimmung der Leistungen. Die Kooperation mit nachgelagerten 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 daher sagen, dass Kooperationen in der Gesundheitswirtschaft dazu beitragen können, Effizienzvorteile zu nutzen.

Angebot von Gütern durch staatliche Gesundheitseinrichtungen

Ein weiteres Instrument der staatlichen Regulierung stellt das Angebot von Gesundheitsgütern z. B. in Form von öffentlichen Krankenhäusern dar. 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, so dass die Nachfrager ungenügend informiert sind und ihre Bedürfnisse nicht offen darlegen. Daher fiel das Angebot, das sich durch den Marktmechanismus ergäbe, quantitativ und qualitativ zu gering aus. 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 relativ wenig 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 und Wasem (2004: 130) die Auffassung, dass 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 bereits insofern gegeben, als die Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 verpflichtet sind, der Öffentlichkeit Qualitätsberichte zugänglich zu machen.

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welche Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft seit 1990 auftraten. Marktversagen resultierte beispielsweise aus 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 stationären Sektor, führten dazu, dass Schnittstellen zwischen den Sektoren einen reibungslosen 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.

7.5 VERÄNDERUNGEN IN DER DEUTSCHEN GESUNDHEITSWIRTSCHAFT SEIT 1990 UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die deutsche Gesundheitswirtschaft zeichnet sich durch eine historisch bedingte sektorale Versorgung²⁵ 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 ff.; Mühlbacher 2002: 52 ff.). Nach Becker und Hensgen (2000: 275) war insbesondere der Übergang von der stationären Behandlung im Krankenhaus zur ambulanten Behandlung schlecht organisiert. Aufgrund der Schnittstellenprobleme kam es zu Verzögerungen innerhalb des Versorgungsprozesses der Patienten. 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

25 Trennung von ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

eine Tendenz zur Leistungsausweitung. Viele Leistungen, z. B. Röntgenaufnahmen, wurden von verschiedenen Leistungserbringern unnötigerweise mehrfach erbracht (Beske 2003: 98 ff.; Mühlbacher 2002: 52 ff.; Becker, Hensgen 2000: 275).

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen²⁶ (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) stellt 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.

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 Aufenthaltes nur unzureichende Informationen darüber, welche nachfolgende ambulante Therapie für sie geeignet ist.

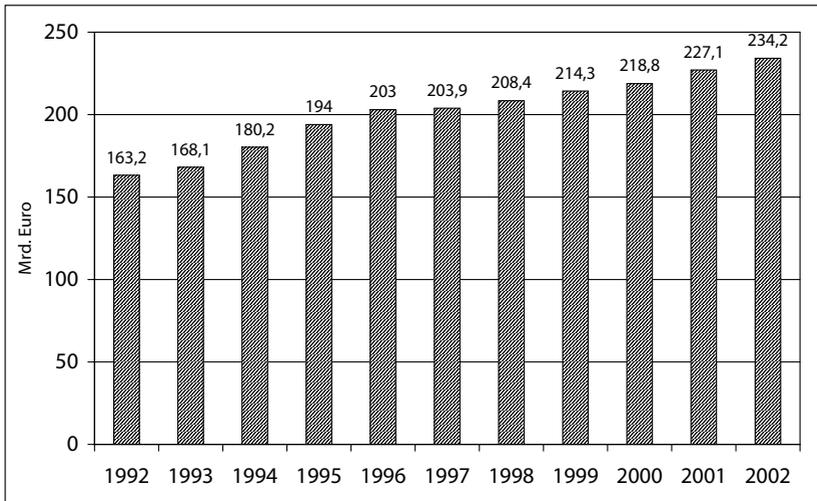
Die Koordination der Leistungen für chronisch Kranke wurde nicht nur durch die Zuständigkeiten verschiedener Leistungserbringer, sondern auch durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten verschiedener Kostenträger erschwert. Deren Interesse bestand darin, ihre Kosten möglichst auf andere Bereiche abzuwälzen. In Deutschland nahmen in den 1990er Jahren die Häufigkeit und auch die Kosten der chronischen Krankheiten stark zu. Im Jahr 2004 leiden ca. 20 % der Bevölkerung unter chronischen Erkrankungen (BMGS 2004b), deren Behandlung sehr kostenintensiv ist und Schätzungen zufolge einen Großteil der Gesundheitsausgaben aus-

26 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.

macht.²⁷ Eine intensivere Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor mit einer umfassenden Koordination des Behandlungsablaufes chronisch kranker Patienten kann 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.²⁸ Es kam zu einer hohen Kostenbelastung des Gesundheitssystems. Während die Gesundheitsausgaben 1992 bei 163,2 Mrd. Euro lagen, betragen sie im Jahr 2002 234,2 Mrd. Euro, wie Abbildung 39 zeigt.

Abbildung 39: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal) 1992 bis 2002



Quelle: Eigene Darstellung, Daten vom StBA 2004.

- 27 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).
- 28 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).

Pro Einwohner erhöhten sich die Ausgaben in diesem Zeitraum von 2.020 Euro auf 2.660 Euro pro Jahr (StBA 2004). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialbudget war und ist relativ hoch, er liegt derzeit bei etwas über einem Drittel des Bruttoinlandsproduktes (BMGS 2004a).²⁹ Werden die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – seit den 1990er 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% gestiegen. Er war zwischen 1992 und 1998 lediglich in den USA mit durchschnittlich 13,1% höher als in Deutschland. Seit 1999 ist dieser Faktor auch in der Schweiz etwas höher als in Deutschland (StBA 2004). Dabei ist zu berücksichtigen, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich einen weitgehenden Versicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen hohen Versorgungsstandard bietet (Wille 2003: 47).

Aufgrund des Ausgabenanstiegs wurde ein struktureller Wandel der Gesundheitswirtschaft schon Mitte der 1990er Jahre unerlässlich (Mühlbacher 2002: 54; Wasem 1997: 75). Da die wirtschaftliche Situation in Deutschland zu dieser Zeit angespannt war, ergriff die damalige 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 wurden³⁰ (Hartmann 2002: 127 f.).

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten ergaben sich weitreichende Konsequenzen. So wurden die Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen um rund 31% reduziert. Die Anzahl der abgeschlossenen stationären Rehabilitationsleistungen ging von 1996 bis 1997 um rund 36% zurück, während die Anzahl der stationär behandelten Rehabilitationspatienten um rund 18% sank. Aufgrund der wesentlich geringeren Zahl der bewilligten Anträge für Rehabilitationsleistungen

29 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.

30 Zu den Gesetzesänderungen, die für die Rehabilitationsleistungen von Relevanz waren, siehe Hartmann (2002: 128 ff.).

und der verkürzten Verweildauern ging die Auslastung der Reha-Kliniken, die in den Jahren bis 1996 noch bei über 80% lag, auf rund 63% im Jahr 1997 zurück. Die stark gesunkene Auslastung wirkte sich auf die Beschäftigtenzahl aus; sie sank um rund 10%. Allerdings wurden nur sehr wenige Kliniken (rund 1%) innerhalb des Jahres 1997 geschlossen (Hartmann 2002: 140 ff., 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 viele Kreditgeber die Kredite 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 zeitlich verzögert 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 führte (Deutscher Bundestag 1996).³¹ Diese Gesetzesänderung bewirkte, dass die Notwendigkeit der stationären Versorgung in Frage gestellt wurde. Als Ersatz für die stationäre Versorgung wurde ein erweitertes 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 einem verstärkten Wettbewerb durch Anbieter ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsleistungen ausgesetzt waren. Der zunehmende Verdrängungswettbewerb wirkte sich insbesondere auf Heilbäder und Kurorte aus, die vor allem auf eine stationäre Versorgung ausgerichtet waren. Von dieser Entwicklung ist insbesondere die Untersuchungsregion OWL betroffen, da sie eine Vielzahl an Heilbädern und Kurorten aufweist.

7.6 ZWISCHENFAZIT

Marktversagen bei der Versorgung mit Gesundheitsgütern begründet regulierende Eingriffe des Staates. Daneben liefert auch der Anspruch auf eine medizinische

31 In § 15 Abs. 2 SGB I wurden die Worte »vor allem stationär« gestrichen.

Grundversorgung eine Begründung für staatliche Regulierung. Ziel der Gesundheitspolitik ist es somit, unter Einsatz verschiedener Instrumente eine ausreichende Grundversorgung sicherzustellen.

In den 1990er Jahren wurde die Sicherstellung der Grundversorgung zunehmend schwieriger. Der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und weitere Einflüsse erforderten eine entsprechende Anpassung der Leistungen, die aufgrund der unterschiedlichen Interessen innerhalb der Selbstverwaltung der Gesundheitswirtschaft erschwert wurde. Die traditionelle, sektorale Trennung der Versorgung führte zu einem ineffizienten Einsatz der Kapazitäten innerhalb des Versorgungsprozesses. Damit verbunden stiegen die Gesundheitsausgaben in den 1990er Jahren an, während die Einnahmen dahinter zurückblieben. Staatliche Regulierungen zur Eingrenzung eines weiteren Anstiegs der Gesundheitsausgaben wirkten sich in der Region OWL insbesondere auf den Bereich der Rehabilitation negativ aus.

Um eine Reduzierung der Kostenbelastung zu erreichen und gleichzeitig eine bestmögliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten, war nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996: 31) eine stärkere Verzahnung und Integration der Leistungsanbieter notwendig. Im folgenden Kapitel 8 wird daher die Integration der Gesundheitsversorgung skizziert.

8 VERÄNDERTE GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN ZUR FÖRDERUNG EINER INTEGRIERTEN GESUNDHEITS- VERSORGUNG

8.1 FORDERUNGEN NACH EINER INTEGRATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

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 insbesondere die Gesundheitsleistungen des ambulanten und stationären Sektors nicht ausreichend integriert. Der Argumentation des Sachverständigenrates zufolge erschien eine Integration 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 ff. 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) soll das Gesundheitssystem dahingehend umgestaltet werden, dass Kooperationen für die Beteiligten lohnender sind als ihre gegenseitige Abschottung.

8.2 DIE EINFÜHRUNG EINER INTEGRIERTEN VERSORGUNG VOR DEM JAHR 2000

Vor dem Jahr 2000 wurde im Rahmen von Gesetzen und Gesundheitsreformen hauptsächlich versucht, die steigenden Gesundheitsausgaben einzugrenzen. Dies sollte durch Leistungskataloge für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geschehen. Im Jahr 1992 trat das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. 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). Nach Janssen (2000: 201) und Beske (2003: 99) führte das Modellvorhaben jedoch nicht zum gewünschten strukturellen Wandel. Die Strukturen der Gesundheitsversorgung – wie auch die strikte Trennung des ambulanten und stationären Sektors – blieben bis zum Jahr 2000 nahezu unberührt.

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, welche die Krankenkassen finanzierten (Beske/Drabinski/Henning 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. Den Leistungserbringern fehlte daher der Anreiz, Organisationsstrukturen zu entwickeln, die für die Einführung einer weitgehenden sektorenübergreifenden Kooperation notwendig gewesen wären.

8.3 DAS GKV-GESUNDHEITSREFORMGESETZ VOM JAHR 2000 ZUR INTEGRATION DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN VERSORGUNG

8.3.1 Die Zielsetzung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV³²-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 beitragen.³³ Gleichzeitig sollte die Gesundheitsversorgung verbessert werden (Huber 1995: 131). Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung wurde eine strukturelle Reorganisation angestrebt, d. h. es sollten innovative, sektorenübergreifende Organisationsformen geschaffen werden. Dazu wurde vom Gesetzgeber ein Konzept zur integrierten Versorgung entwickelt, d. h. zur Ver-

32 GKV: Gesetzliche Krankenversicherung.

33 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).

zahlung der ambulanten und stationären Versorgung. Mit den neuen § 140 a-h SGB V wurden die Voraussetzungen für neue Kooperationsmöglichkeiten geschaffen. Im Folgenden wird das Konzept der integrierten Versorgung erläutert.

8.3.2 Das Konzept der integrierten Versorgung

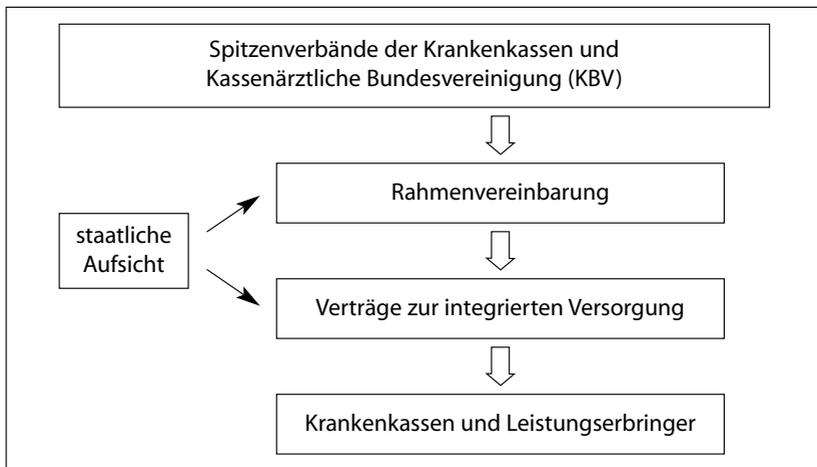
Nach Mühlbacher (2002: 18) handelt es sich bei der integrierten Versorgung um den »Versuch, die Gesundheitsversorgung im Ganzen als eine Einheit zu begreifen«. Der Begriff der integrierten Versorgung kommt ursprünglich aus den USA und bedeutet dort die Auflösung der rechtlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit der Leistungserbringer innerhalb des Versorgungsprozesses und damit ihren Zusammenschluss (Mühlbacher 2002: 47). Dieses Konzept hat sich in Deutschland aufgrund der starken sektoralen Trennung und der damit verbundenen Anbieterinteressen bis heute nur ansatzweise 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 Aktivitäten« (Reimann 1995: 304). Das Konzept der integrierten Versorgung beinhaltet demnach die Förderung der Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen innerhalb des Versorgungsprozesses.

Das Ziel der integrierten Versorgung ist eine durchlässige Gestaltung der Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Dazu ist der Aufbau von Netzwerken der Leistungserbringer innerhalb des gesamten Versorgungsprozesses erforderlich (Rosenbrock 1999: 18). Mühlbacher (2002: 65) unterscheidet zwischen der vertikalen und horizontalen Integration: »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«. Mit den 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. Die Trennung des ambulanten und stationären Sektors konnte nun mittels vertraglicher Vereinbarungen überbrückt werden. Horizontale Kooperationen blieben unberücksichtigt (DKG 2004a: 4 f.).

In den neuen Gesetzesabschnitten wurde die Teilnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Vertragspartner bei der integrierten Versorgung nicht geregelt. Da das Bundesschiedsamt festgestellt hat, dass den kassenärztlichen Vereinigungen die Einbeziehung in Verträge offen stehen sollte, wurde gemäß § 140 d SGB V eine Rahmenvereinbarung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen (DKG 2002: 17- 46). Abbildung 40 zeigt, dass die Rahmenvereinbarung für Verträge zur integrierten Versorgung zugrunde gelegt wurde. Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern individuelle Verträge ab. Bei der Vertragsgestaltung muss die kassenärztliche Vereinigung aber nicht zwingend einbezogen werden (Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gem. § 140 d SGB V, § 1). Der Staat übt über die Gestaltung der Rahmenvereinbarung und die Vertragsgestaltung die Aufsicht aus.

Abbildung 40: Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung



Quelle: Eigener Entwurf in Anlehnung an Becker/Hensgen 2000: 278.

8.3.3 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, 59f.). 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 leistungssektorenübergreifende 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 soll »eine qualitätsgesicherte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung« gewährleistet werden, 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 und

■ Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer.

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).

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

Die seit Anfang des Jahres 2000 zugelassenen 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 konnten keine Verträge mit einzelnen Vertragsärzten abgeschlossen werden. Als Vertragspartner kamen lediglich die kassenärztlichen Vereinigungen in Betracht (Rahmenvereinbarung gemäß § 140 d SGB V). Die Krankenkassen und Leistungsanbieter strebten daher eine Ausweitung der Möglichkeiten bei individuellen Vertragsabschlüssen an. Darüber hinaus sollten die als kompliziert erachteten Vergütungsmechanismen vereinfacht werden (IWW 2004; Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 133 ff.).

Neben einer Steigerung des Wettbewerbs der Gesundheitseinrichtungen wollte der Gesetzgeber weitere Einsparungen in der Gesundheitswirtschaft zur finanziellen Stabilisierung der GKV realisieren. Deswegen wurde Anfang 2004 das GKV-Modernisierungs-Gesetz in Kraft gesetzt.

8.4 DAS GKV-MODERNISIERUNGS-GESETZ VOM JAHR 2004 ZUR ERWEITERUNG DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG

Mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vom 01.01.2004 will der Gesetzgeber die Weiterentwicklung von Kooperationen in der Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren unterstützen. In den §§ 140 a-d SGB V werden neue Regelungen zur

integrierten Versorgung getroffen. Der Begriff der integrierten Versorgung wird neu bestimmt. Durch den Zusatz »oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung« werden auch horizontale Vernetzungen als Formen der integrierten Leistungserbringung anerkannt, so wie es bereits vor dem Jahr 2000 von Vertretern der Gesundheitswirtschaft gefordert worden war. Eine horizontale Vernetzung kann es beispielsweise in der stationären Versorgung zwischen verschiedenen Fachabteilungen mehrerer Krankenhäuser geben (DKG 2004 a: 5). Das GKV-Modernisierungs-Gesetz 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 auch die Freiheit, Verträge mit einzelnen Vertragsärzten abzuschließen. 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 weiterzuentwickeln. 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 stationäre Sektor – Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkasse sind (DKG 2004 a: 2-5).

Ein Krankenhaus muss, 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. Während als Kooperationspartner bisher nur Träger von Krankenhäusern, von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in Frage kamen, können nun auch Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung mit zugelassenen Leistungserbringern anbieten (Managementgesellschaften), und so genannte »Medizinische Versorgungszentren« Kooperationspartner sein (DKG 2004 a: 4).

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 Anschub-

finanzierung der integrierten Versorgung werden daher von den Krankenkassen zwischen den Jahren 2004 und 2006 bis zu 1 % 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 (DKG 2004 a: 9 ff.).

Zur Umverteilung der finanziellen Mittel muss in den Verträgen zur integrierten Versorgung festgelegt werden, auf welche Versorgungsregion sie sich beschränken. Diese 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-Lippe bezieht, so werden in diesem Bezirk bis zu 1 % von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einbehalten. 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.).

8.5 ZWISCHENFAZIT

Die Gesundheitsreformen in den Jahren 2000 und 2004 sollten dazu beitragen, die Versorgung der Patienten durch Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung 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 – zum Ziel hatte, geht die Gesundheitsreform von 2004 einen Schritt weiter und soll darüber hinaus eine inter-

disziplinäre und fachübergreifende, also horizontale Integration ermöglichen. Seit 2004 wird den Gesundheitseinrichtungen bei Vertragsabschlüssen über Kooperationen ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt, um die Anzahl und Vielfalt der Kooperationen zu erhöhen.

Für die Region OWL stellt sich die Frage, inwieweit die Reformen bereits durch die Gesundheitseinrichtungen umgesetzt wurden und in den nächsten Jahren noch umgesetzt werden. Sowohl vertikale als auch horizontale Kooperationen zwischen den Gesundheitseinrichtungen werden in die Untersuchung einbezogen (s. Kapitel 10).

9 CHARAKTERISIERUNG DER GESUNDHEITSREGION OSTWESTFALEN-LIPPE

Die folgenden Ausführungen knüpfen an Abschnitt 3.1 an und ergänzen ihn um regionale Besonderheiten, die für die Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe (OWL) von Bedeutung sind.

9.1 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Region OWL ist sowohl von der demografischen Entwicklung in OWL als auch von der in NRW und Deutschland abhängig. Vor allem Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, aber auch 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.

Die Region OWL hat seit 1939 das stärkste Bevölkerungswachstum der Regierungsbezirke in NRW zu verzeichnen. Die Bevölkerungsentwicklung war in OWL auch dynamischer als im übrigen Bundesgebiet. Es stellt sich die Frage, ob dies auch in Zukunft der Fall sein wird. Die Bezirksregierung Detmold vergleicht zur Untersuchung dieser Frage die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes für Deutschland mit ihrer eigenen Prognose für OWL. Das Statistische Bundesamt kommt zu dem Ergebnis, dass die Bevölkerungszahl von Deutschland zwischen 1999 und 2020 um 2,1 % bis 4,0 % (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 % steigen wird. Der durchschnittliche Schätzwert liegt bei 2,4%. Im Gegensatz zur Bevölkerungsabnahme in Deutschland wird die Bevölkerung von OWL bis zum Jahr 2020 also voraussichtlich zunehmen. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird in OWL weniger stark zurückgehen als im gesamten Bundesgebiet. 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).

Für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in OWL ist allerdings die Prognose der Entwicklung der Altersstruktur wichtiger als die Prognose der Entwicklung der Gesamtbevölkerung. Die Altersstruktur der Bevölkerung Deutschlands wird sich nachhaltig verändern. Ursächlich hierfür ist neben der rückläufigen Kinderzahl 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 steigt 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 % geben, von 1999 bis 2020 sogar einen Anstieg um 31,6 %. In OWL wird die Zahl der 65-Jährigen und Älteren bis 2020 dagegen aufgrund der überdurchschnittlich jungen Bevölkerung »nur« um 22 % steigen (Bezirksregierung Detmold 2003: 16-18).

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 oder ob das Gegenteil der Fall sein wird (z. B. aufgrund häufiger auftretender chronischer Krankheiten). Die bisherige Entwicklung lässt nach Aussage des Ministeriums darauf schließen, dass mit dem demografischen Wandel ein größerer Bedarf an Gesundheitsleistungen verbunden ist, der nur durch einen Ausbau der entsprechenden Kapazitäten gedeckt werden kann. 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 ff.).

Aufgrund dieser Entwicklungen werden Gesundheitsregionen wie OWL 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.

9.2 AUS- UND WEITERBILDUNG

Die Universität 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 besteht das Department Gesundheit an der Fakultät für Naturwissenschaften. Dort haben Wissenschaftler verschiedener Disziplinen mit dem »Forum Gesundheit: Technik-Kommunikation« ein Forschungsnetz gegründet. Sie 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.

Die Studienangebote im Bereich der Pflege sind vor allem an den Fachhochschulen angesiedelt. Da zur Zeit 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, davon 48 Berufskollegs, 4 Sonderschulen und 73 (58,40%) Schulen des Gesundheitswesens (LDS NRW 2003a, Stand: 24.02.2003).

9.3 EINRICHTUNGEN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Die Region OWL ist wegen ihrer Vielzahl an bekannten Heilbädern und Kurorten (fünf Heilbäder und 16 Kurorte)³⁴, darunter die nur hier typischen Bauernbäder (TWT 2004), als »Heilgarten Deutschlands« bekannt. Die Region ist seit etwa 150 Jahren Dienstleister im Gesundheitssektor und gilt als die wichtigste Gesundheits- und Tou-

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

rismusregion 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). Eine Reihe weiterer Gesundheitseinrichtungen machen OWL zur wichtigsten Gesundheitsregion Nordrhein-Westfalens: vor allem in den Bereichen Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebskrankheiten, Neurologie, Neurochirurgie, Epilepsie, Psychiatrie, Geriatrie, Rheumatologie, Orthopädie, Gynäkologie, Gefäß- und Kinderkrankheiten.

In Deutschland gibt es insgesamt 268 Heilbäder und Kurorte (Stadtfeld 1993: 55, Stand 1991), von ihnen haben knapp 8 % ihren Standort in OWL. 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 OWL und das etwas kleinere im Süden Bayerns. Orte mit deutschlandweit bedeutenden Staatsbädern haben die Region bekannt gemacht, aber erst die kleineren Bäder und die vielen Luftkurorte ergeben die Dichte von Erholungsorten, welche 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 Staatsbäder sind. Daneben gibt es ein Kneipp-Heilbad, drei Kneipp-Kurorte sowie 12 Luftkurorte (OWL Marketing GmbH 2003: 26).

Mitte der neunziger Jahre hatte die Region OWL mit ihrer hohen Konzentration von Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Bundesgesetzgebung zu Rehabilitationsmaßnahmen besonders starke finanzielle Einbußen hinzunehmen. Die so genannte »Reha-Krise« führte in den teilweise 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.). Gegenwärtig werben die Heilbäder und Kurorte überregional und sogar international vor allem mit ihren Spezialkliniken für spezifische Erkrankungen und für besondere Zielgruppen. Hervorzuheben sind 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.

Neben den zahlreichen Heilbädern und Kurorten weist die Region OWL traditionsreiche Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege auf. Dazu gehören die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld. Sie sind zur Betreuung und

Behandlung von Anfallpatienten gegründet worden und unterhalten heute neben mehreren psychiatrischen Einrichtungen das größte deutsche Epilepsiezentrum, das internationalen Standards entspricht.

Eine weitere regionale Besonderheit ist darin zu sehen, dass seit Ende des 19. Jahrhunderts große diakonische Anstalten in OWL entstanden sind. Die »von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel« in Bielefeld bilden ein bedeutendes Netzwerk. 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 5.800 Plätzen bzw. Betten. Eine andere bedeutende diakonische Einrichtung ist das 1951 gegründete Johanneswerk, das später in Evangelisches Johanneswerk umbenannt wurde. Das Evangelische Johanneswerk befindet sich ebenfalls in Bielefeld. In ihm sind derzeit rund 6.000 Mitarbeiter in der Altenarbeit und Behindertenarbeit, aber auch in pädagogischen Einrichtungen, Krankenhäusern und Fortbildungseinrichtungen tätig. Insgesamt gehören 72 Einrichtungen zum Evangelischen Johanneswerk. Das Evangelische Johanneswerk e. V. expandiert zurzeit deutschlandweit, aber auch in den Niederlanden und in Spanien. Daneben gibt es weitere diakonische Einrichtungen wie den 1887 gegründeten Wittekindshof in Bad Oeynhausen, Einrichtungen der 1971 gegründeten Wohlfahrtsorganisation Caritas und auch solche der Arbeiterwohlfahrt.

In der Region OWL haben sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts Unternehmen angesiedelt, die mit ihren Produkten und Dienstleistungen auf die Gesundheitswirtschaft spezialisiert sind und zum Teil als Marktführer gelten. Hergestellt werden in OWL Rollstühle, Krankenbetten, Hörgeräte, Ampullen, Desinfektoren, Dentaltechnik, Kompressoren und vieles mehr. Zu den bekanntesten Unternehmen zählen Meyra in Kalletal (gegr. 1936), Stiegelmeier 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: 22 ff.; KOMPASS Firmendatenbank 2002).

Die Gesundheitsregion OWL profitiert schließlich von Netzwerken und Institutionen, die den Informations- und Wissenstransfer zwischen Gesundheitseinrichtungen, Unternehmen und wissenschaftlichen Einrichtungen fördern. Zu nennen sind insbesondere das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG), die OstWestfalenLippe Marketing GmbH und die Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft (WEGE), die sämtlich in Bielefeld ansässig sind.

9.4 BESCHÄFTIGTE

In Nordrhein-Westfalen kann die Gesundheitswirtschaft im Gegensatz zu vielen anderen Wirtschaftsbereichen 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% zu verzeichnen (MGSFF NRW 2001: 1 f.). In Nordrhein-Westfalen arbeiten 11,3% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen, davon rund 7% im Gesundheitswesen.³⁵ In der Region OWL sind diese Anteile ähnlich hoch: 11,8% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen tätig, davon entfallen rund 7% auf das Gesundheitswesen (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003: 59-63, Stand 31.12.2001).

Vergleicht man die Prozentzahlen von OWL mit denen von Nordrhein-Westfalen, so ergibt sich hinsichtlich der Beschäftigung keine besondere Bedeutung der Gesundheitsregion OWL innerhalb Nordrhein-Westfalens. Es ist allerdings hervorzuheben, dass die Gesundheitswirtschaft innerhalb der Region OWL hinsichtlich der Beschäftigung eine sehr hohe Bedeutung besitzt. In der Gesundheitswirtschaft sind fast 90.000 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: 16ff., Stand 2002).

Die Beschäftigtenzahlen der einzelnen Bereiche der Gesundheitswirtschaft in OWL sind von der OWL Marketing GmbH anhand verschiedener Quellen geschätzt worden. Sie werden in Tabelle 13 dargestellt.

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

Tabelle 13: 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. 1.000 |
| Insgesamt | 87.346 |

Quelle: OWL Marketing GmbH 2003: 17.

Tabelle 13 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, selbstständigen 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 selbstständigen Gesundheitshandwerker, sind rund 9.000 Personen tätig. In den Randbereichen und Nachbarbranchen zuzüglich des Bereiches Consulting sind schließlich etwa 2.450 Personen beschäftigt.

9.5 UMSÄTZE

In Tabelle 14 werden die Anzahl der Umsatzsteuerpflichtigen im Gesundheitswesen und die Höhe ihres Umsatzes in OWL im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen dargestellt. Die Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Gesundheitseinrichtungen ist in NRW zwischen 1996 und 2001 um 25,4% gestiegen, der Umsatz sogar um 76,9%. In OWL ist die Anzahl der umsatzsteuerpflichtigen Einrichtungen etwas geringer gestiegen (um 22,9%). Der Umsatz hat sich im Verhältnis zum Durchschnitt von NRW nur um 46,5% erhöht. In den beiden Jahren 1997 und 1998 hatten die ost-

westfälisch-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 die Reform von 1996 wird in den beiden darauffolgenden 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.

Tabelle 14: 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 | 3.987 | 3.308,57 |
| 1997 | 441 | 571,90 | 4.128 | 3.434,06 |
| 1998 | 464 | 627,87 | 4.284 | 3.779,79 |
| 1999 | 467 | 705,20 | 4.375 | 4.128,32 |
| 2000 | 482 | 814,47 | 4.519 | 4.343,18 |
| 2001 | 531 | 928,33 | 4.999 | 5.852,78 |

Quelle: LDS NRW 2003b.

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

9.6 VERSORGUNGSDICHTE

Die Versorgungsdichte gilt als ein wichtiger Indikator der Gesundheitswirtschaft. Sie kann sich zum einen auf die Anzahl der stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen und auf die Anzahl der Betten bzw. Plätze in den Einrichtungen beziehen. 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 OWL 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 auf 50 Krankenhäuser ab. 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 (LDS NRW 2003b).

Obwohl die Anzahl der Krankenhäuser seit den 1990er Jahren zurückgegangen ist und in erheblichem Maße Betten abgebaut wurden, ist die Zahl der behandelten Patienten ständig gestiegen. Dieser Befund resultiert aus einer kürzeren Verweildauer und einer stärkeren Bettenauslastung. Die durchschnittliche Auslastung aller Krankenhäuser in NRW liegt bei 80 %, 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 Reform zurückgegangen. 1999 ist die Zahl wieder angestiegen, um im darauffolgenden Jahr 2000 wieder leicht zu sinken. Während der Anteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in OWL im Verhältnis zu NRW 1994 noch bei 48 % und 1995 sogar bei fast 50 % lag, hat er seitdem ständig abgenommen und liegt seit 2000 bei 37 % bis 38 %. 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: 1.393, 2001: 1.388).

In Deutschland weist Nordrhein-Westfalen das geringste Verhältnis zwischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einwohnerzahl auf. Unter allen Bundesländern »exportiert« Nordrhein-Westfalen die meisten Rehabilitanden (StBA 2000). Die einzige Ausnahme in Nordrhein-Westfalen bildet die Region OWL, in die selbst in der Zeit der »Reha-Krise« 1997 mehr Rehabilitanden »importiert« als »exportiert« wurden (VDR 1998). Die ostwestfälisch-lippischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übernahmen im Jahr 2001 ungefähr die Hälfte der Versorgung in NRW. Sie stellten 45,5 % der Betten von NRW zur Verfügung und behandelten 48,8 % der Kranken von NRW (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% der Plätze in NRW – und 557 Plätze in der teilstationären Pflege – dies entspricht 16,0% der Plätze in NRW – zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2001 befanden sich in OWL 13,9% der stationären Pflegeeinrichtungen Nordrhein-Westfalens. Sie betreuten 11,1% der Pflegebedürftigen. Die Anteile der Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegestufen sind in OWL ähnlich wie in NRW (LÖGD 2004; LDS NRW 2004b). Der Anteil der ambulanten Einrichtungen in OWL beträgt im Vergleich zu NRW 11,0%. Sie betreuten 11,2% der Pflegebedürftigen. Auch hier sind die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Gruppen ähnlich wie in NRW (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2003, 43).

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 selbstständige Ärzte und Zahnärzte in 26.590 Praxen mit rund 220.000 Angestellten. Etwa 11% der selbstständigen Ärzte und Zahnärzte sind in OWL ansässig (MGSFF NRW, 2001; OWL Marketing GmbH 2003: 19f., Stand 31.12.2001).

9.7 ZWISCHENFAZIT

Die Gesundheitswirtschaft und ihre Nachbarbranchen stellen in OWL 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 und 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 Entwicklungsperspektiven und die zukünftigen Herausforderungen im erfolgreichen Ausbau dieser Kooperationen hin zu einer umfassenden strategischen Vernetzung der

regionalen Gesundheitswirtschaft und ihrer Nachbarbranchen (s. auch MGSFF NRW 2001: 150-161).

Im folgenden Kapitel wird aufgrund dieser Ausgangssituation der Frage nachgegangen, inwieweit Kooperationen und Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft der Region OWL bereits vorhanden sind. 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, wie häufig auf vertikaler Ebene kooperiert wird, z. B. zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus wird untersucht, wie häufig die Einrichtungen der stationären Versorgung auf vertikaler Ebene mit ambulanten Einrichtungen wie niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegeeinrichtungen, aber auch mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und staatlichen Institutionen kooperieren bzw. vernetzt sind.

10 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG DER KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER GESUND- HEITSWIRTSCHAFT DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

10.1 ERHEBUNGSMETHODIK UND ABGRENZUNG DER GRUNDGESAMTHEIT

Die empirische Erhebung setzt sich – wie in der Möbelindustrie (s. Abschnitt 3.4) – aus einer schriftlichen Befragung und aus mündlichen Experteninterviews zusammen. Im ersten Schritt wurden elf Experten der Gesundheitswirtschaft befragt, die bereits Kooperationen bzw. Netzwerke bei ihrer Entstehung und Weiterentwicklung begleitet hatten. Es folgten die schriftliche Erhebung sowie eine zweite Runde von 18 Experteninterviews, und zwar mit Vertretern von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, von einem Wellness-Hotel, von Institutionen der Technologieentwicklung und des Technologietransfers, ferner mit Vertretern der Hersteller von Gesundheitsprodukten und schließlich mit Vertretern der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung.³⁶ Einige Experteninterviews lieferten Informationen für Fallbeispiele von erfolgreichen Kooperationen und Netzwerken in der Region OWL (siehe Abschnitt 11.4). Die folgenden Abschnitte fassen die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

Die Grundgesamtheit der Gesundheitswirtschaft in der Region OWL lässt sich zunächst in Anlehnung an die Studie »Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe« der OstWestfalenLippe Marketing GmbH (2003: 14 ff.) abgrenzen. Die Bedeutung der einzelnen Bereiche wird anhand der Beschäftigtenzahlen festgestellt (siehe »Beschäftigte« in Tabelle 13, Abschnitt 9.4). In den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft, der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung, sind demnach knapp 90 % der Beschäftigten tätig. Aus der Datenbank »KOMPASS« ist außerdem zu ermitteln, dass in OWL ca. 450 Unternehmen Gesundheitsprodukte herstellen (gemäß der WZ 93, Gliederung der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes).

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

In den übrigen, in Tabelle 13 aufgelisteten Bereichen bestehen nach Aussage der Experten nur vereinzelt Kooperationen bzw. Netzwerke, so dass es sinnvoll erscheint, diese Bereiche nur exemplarisch zu erfassen: Kooperationen in der ambulanten Gesundheitsversorgung etwa in der Weise, dass weitere Experten zu Ärztenetzwerken befragt werden. Zusätzlich zu den Experteninterviews lassen sich Kooperationen und Netzwerke der ambulanten Einrichtungen und der übrigen Bereiche der Gesundheitswirtschaft indirekt durch die schriftlichen Befragungen der stationären und teilstationären Einrichtungen und des produzierenden Gewerbes erfassen. Diese Vorgehensweise hielten auch die befragten Experten für sinnvoll.

In OWL gibt es dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (LDS) NRW zufolge insgesamt 51 allgemeine und sonstige Krankenhäuser (Stand 2002). 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). Diese wurden in der Erhebung vollständig erfasst.

Die Region OWL verfügt gemäß dem LDS (Veröffentlichung: »Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in NRW«, Stand 2001) weiterhin über 54 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Welche Voraussetzungen eine Einrichtung erfüllen muss, um als Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu gelten, bestimmt SGB V (§ 107, Abs. 2). Diejenigen Einrichtungen, die eine gemeinsame Geschäftsführung haben und auch einen gemeinsamen Jahresabschluss erstellen, werden vom LDS als wirtschaftliche Einheit angesehen und daher nur einmal erfasst. Bei der vorliegenden Erhebung wurden darüber hinaus auch die übrigen Einrichtungen berücksichtigt, die derselben Geschäftsführung angehören, um ein vollständiges Bild von den bestehenden Kooperationen und Netzwerken zu gewinnen. Es wurden daher insgesamt 89 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt.

Von den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden all diejenigen angeschrieben, deren Adressen die DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) Westfalen in einer Datenbank zur Verfügung stellt. Dabei handelt es sich um sämtliche Pflegeeinrichtungen in OWL mit einem Versorgungsvertrag.³⁷ 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 somit 397 Einrichtungen der Gesundheitsversorgung befragt (45 + 89 + 220 + 43).

37 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).

In der Vorleistungs- und Zulieferindustrie der Gesundheitswirtschaft wurden von den rund 450 Unternehmen der Datenbank »KOMPASS« nur diejenigen angeschrieben, die medizinische Produkte herstellen und in erster Linie Zulieferer der stationären Einrichtungen sind. Dabei handelte es sich um insgesamt 160 Unternehmen. Bei diesen Unternehmen wurde allerdings nur eine Rücklaufquote von 6 % erreicht, die eine Repräsentativität der Ergebnisse nicht gewährleistet (s. im Übrigen Abschnitt 10.3.1). Die Antworten werden daher im Folgenden nicht gesondert aufgeführt. Sie finden ergänzend zur Beschreibung der Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen mit Zulieferern im Einkauf sowie in der Forschung und Entwicklung Berücksichtigung.

10.2 AUFBAU DER FRAGEBÖGEN UND DER INTERVIEWLEITFÄDEN

Im Fragebogen für die Gesundheitseinrichtungen, der in seiner Struktur demjenigen für die Möbelindustrie angepasst ist, werden zunächst allgemeine Angaben zu den Einrichtungen erhoben, und zwar 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.

Dieser Fragenkomplex soll Aufschluss darüber geben, ob unterschiedliche Einrichtungen mit unterschiedlicher Intensität kooperieren. Sowohl beim Patienten-Einzugsgebiet als auch bei den Kooperationen, die im übrigen Fragebogen behandelt werden, wird neben der Entwicklung in den letzten beiden Jahren die Entwicklung in den nächsten beiden Jahren berücksichtigt; denn es ist davon auszugehen, dass sich die Gesundheitswirtschaft durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) ab 2004 stark verändern wird.

Der zweite Fragenkomplex bezieht sich auf die Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in OWL, in Deutschland (außer OWL) und im Ausland. Dabei sind Gebrauchsgüter, Verbrauchsgüter und Dienstleistungen zu unterscheiden. Gebrauchsgüter werden mehrmals bzw. längerfristig genutzt: z. B. Geräte und Einrichtungsgegenstände. Verbrauchsgüter werden dagegen nur einmalig bzw. kurzfristig genutzt: z.B. Lebensmittel und Medikamente. Es kann sich auch um Güter

handeln, die in andere Güter eingehen, sich mit anderen Substanzen verbinden oder zum Prozessablauf beitragen.³⁸ Mit dem Einkauf von Dienstleistungen ist z.B. die Inanspruchnahme von Reinigungsunternehmen gemeint. Darüber hinaus wird danach gefragt, welche Gründe dafür sprechen, Güter und Dienstleistungen in der Region OWL einzukaufen.

Der dritte Fragenkomplex bezieht sich auf die Kooperationen der ostwestfälisch-lippischen Einrichtungen (ohne deren Einkaufsbeziehungen), die innerhalb und außerhalb der Region OWL mit anderen stationären Einrichtungen, mit ambulanten Einrichtungen, mit den Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie mit staatlichen Institutionen und Wirtschaftsförderungseinrichtungen bestehen. Gefragt wird 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, werden gefragt, welche möglichen Gründe es hierfür gibt und welche Bedeutung diese für sie haben.

Zur Überprüfung der Fragebögen und zur Interpretation und Abrundung der Ergebnisse der schriftlichen Befragung wurden zwei unterschiedliche Interviewleitfäden für die Experteninterviews erstellt. Sie beinhalten offene Fragen, um den Experten bei der Beantwortung einen möglichst großen Freiraum zu geben. Während der erste Interviewleitfaden die Kooperationen in OWL im Allgemeinen behandelt, orientiert sich der zweite stärker an den Kooperations- und Netzwerkerfahrungen der jeweiligen Interviewpartner.

10.3 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG

10.3.1 Rücklaufquoten und Repräsentativität

Die Teilnahme der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung an der Befragung ist als zufriedenstellend zu bezeichnen. Die höchste Teilnahme ist bei den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zu verzeichnen. Hier ergibt sich eine Rücklaufquote von 34 % (45 von 134).³⁹ Bei den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen

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

39 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.

gen beträgt die Rücklaufquote 19% (50 von 263). Insgesamt ergibt sich somit ein Rücklauf von 24% (95 von 397 Gesundheitseinrichtungen).

Zur Überprüfung der Repräsentativität wird 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 lässt sich mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests überprüfen. Dazu werden in einem ersten Schritt die Betten- bzw. Platzzahlen in Größenklassen eingeteilt. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Chi-Quadrat-Test zu unterschiedlichen Ergebnissen führt, je nachdem wie die Einteilung in Größenklassen vorgenommen wird.

Die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden in die drei Größenklassen bis zu 50, 51-100 und 101-200 Betten/Plätze unterteilt. Einrichtungen mit mehr als 200 Betten/Plätzen können 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 werden daher nur die 46 Einrichtungen mit bis zu 200 Betten/Plätzen beim Chi-Quadrat-Test berücksichtigt. Die 46 Pflegeeinrichtungen werden mit den 263 Pflegeeinrichtungen in OWL hinsichtlich der Verteilung der Häufigkeiten in den drei genannten Größenklassen verglichen. Der Test ergibt einen Chi-Quadrat-Wert von 0,282 und eine Signifikanz von 0,868. Daraus ist abzuleiten, dass die Verteilung der befragten Pflegeeinrichtungen mit bis zu 200 Betten/Plätzen mit der Verteilung aller Pflegeeinrichtungen derselben Größenklassen in OWL übereinstimmt. Es kann daher insoweit von der Repräsentativität der befragten Pflegeeinrichtungen für OWL ausgegangen werden.

Bei der Überprüfung der Repräsentativität der Reha-Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass deren Abgrenzung bei der Erhebung anders erfolgt als beim LDS (siehe Abschnitt 10.1). Daher sind die befragten Reha-Einrichtungen nur hinsichtlich ihrer Repräsentativität für die im Verzeichnis des LDS erfassten Reha-Einrichtungen zu überprüfen. Da von den 27 befragten Reha-Einrichtungen nur 24 im Verzeichnis des LDS aufgeführt sind, sind also diese 24 Einrichtungen hinsichtlich ihrer Repräsentativität zu überprüfen. Sie werden anhand des Indikators Bettenzahl in die drei Gruppen bis zu 100, 101-200 und über 200 Betten untergliedert. Der Test liefert einen Chi-Quadrat-Wert von 0,187 und eine Signifikanz von 0,911. Es kann also angenommen werden, dass die befragten Reha-Einrichtungen, die auch im Verzeichnis des LDS aufgeführt sind, für alle 54 Reha-Einrichtungen in OWL repräsentativ sind.

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. Die Überprüfung der Repräsentativität der 14 befragten Krankenhäuser ergibt einen Chi-Quadrat-Wert von 0,143 und eine Signifikanz von 0,931. Dieses Ergebnis spricht zunächst dafür, dass die 14 befragten Krankenhäuser hinsichtlich der Bettenzahl für alle 45 allgemeinen Krankenhäuser in OWL repräsentativ sind. Allerdings sind die Voraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test nicht erfüllt. Die Repräsentativität ist daher mit einem weiteren Test zu überprüfen.

Da der Anteil der Krankenhäuser mit über 800 Betten im Verhältnis zu den übrigen beiden Anteilen sehr gering ausfällt, wird diese Gruppe mit der zweiten Gruppe der Krankenhäuser (über 200 bis 800 Betten) zusammengefasst. Es ergeben sich dann die beiden Größenklassen bis 200 und über 200 Betten. Bei zwei Gruppen bietet es sich an, einen Anteilswertetest durchzuführen. Die Voraussetzung für diesen Test ist erfüllt. Er kommt 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). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die befragten Krankenhäuser für alle Krankenhäuser in der Grundgesamtheit repräsentativ sind.

10.3.2 Allgemeine Angaben der befragten Gesundheitseinrichtungen

Träger der Gesundheitseinrichtungen

Die befragten Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen gehören mit 33 % zu einem Träger mit nur einer Einrichtung. Sie sind zu 67 % einem Träger zuzuordnen, der mehrere Einrichtungen unterhält. Deren Standorte befinden sich vornehmlich in OWL.⁴⁰

41 % der Einrichtungen haben kirchliche, 34 % private und 25 % öffentlich-rechtliche Träger. Die verschiedenen Trägerschaften wurden erhoben, um mögliche Unterschiede hinsichtlich der Kooperationsintensität in einzelnen Funktionsbereichen feststellen zu können (Mittelwerte auf einer Skala von 1: intensive Kooperation bis 6: keine Kooperation). Im Ergebnis ist festzuhalten: (1) In den beiden Funktionsbereichen Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung kooperieren Einrichtungen von kirchlichen Trägern überdurchschnittlich intensiv mit anderen stationären Einrichtungen; (2) bei der Erstellung von Dienstleistungen kooperieren

40 Hierbei wird vorausgesetzt, dass keine Überschätzung vorliegt, da mehrere Einrichtungen desselben Trägers Fragebögen beantwortet haben.

dagegen Einrichtungen von öffentlich-rechtlichen Trägern überdurchschnittlich intensiv mit stationären und ambulanten Einrichtungen; (3) private Träger kooperieren in allen genannten Funktionsbereichen weit unterdurchschnittlich. Vermutlich gehen kirchliche und öffentlich-rechtliche Träger mit mehreren Einrichtungen – z. B. Evangelisches Johannswerk oder ein Landkreis – eher Kooperationen ein als private Träger mit nur einer Einrichtung. Die Befragungsergebnisse lassen eine Absicherung dieser Vermutung nicht zu.

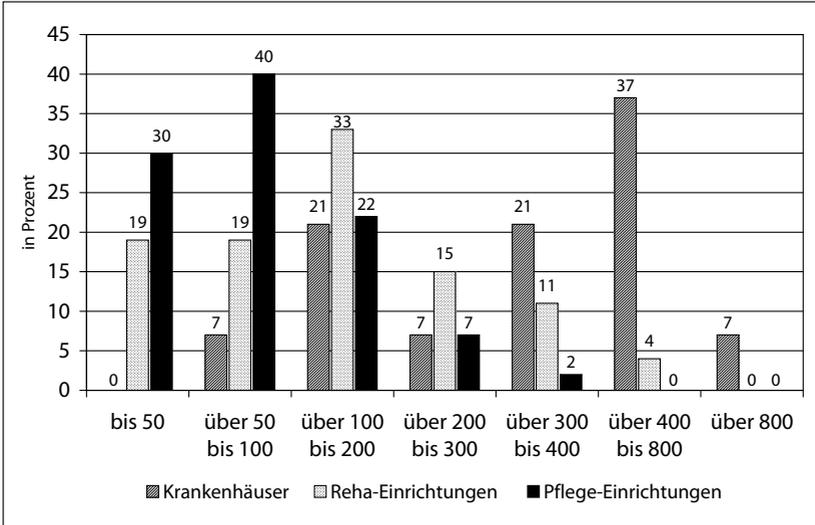
Betten-/Platzzahlen der Gesundheitseinrichtungen

Um die Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Größe gruppieren zu können, wurden sie nach ihren Betten- bzw. Platzzahlen befragt. Unter den Pflegeeinrichtungen sind diejenigen am häufigsten vertreten, die zwischen 51 und 100 Betten bzw. Plätze zur Verfügung stellen (40%). 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% vertreten. Die größeren Pflegeeinrichtungen machen nur einen geringen Anteil aus.

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

Die befragten Krankenhäuser haben sehr unterschiedliche Bettenzahlen. Krankenhäuser der Grundversorgung (bis zu 200 Betten) sind zu 28% vertreten, Krankenhäuser der Regionalversorgung (über 200 bis zu 800 Betten) zu 65% und Krankenhäuser der Maximalversorgung (über 800 Betten) zu 7%. Aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs im Krankenhaussektor ist mit einer Abnahme des Anteils der kleineren Krankenhäuser mit bis zu 200 oder auch bis zu 250 Betten zu rechnen. Dies betrifft vor allem Krankenhäuser der Grundversorgung.

Abbildung 41: Einrichtungen gruppiert nach Betten-/Platzzahlen in Prozent

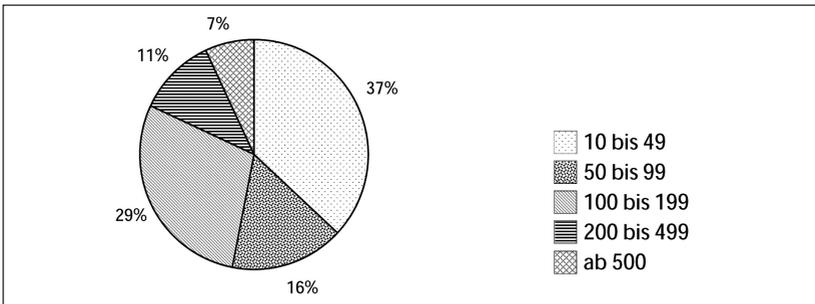


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=95.

Beschäftigte in den Gesundheitseinrichtungen

Betrachtet man in Abbildung 42 die Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer Beschäftigtenzahlen, so fällt auf, dass der überwiegende Teil der Einrichtungen zwischen 10 und 49 Personen beschäftigt (37%). An zweiter Stelle stehen Einrichtungen mit 100 bis 199 Beschäftigten.

Abbildung 42: Beschäftigte insgesamt in Prozent



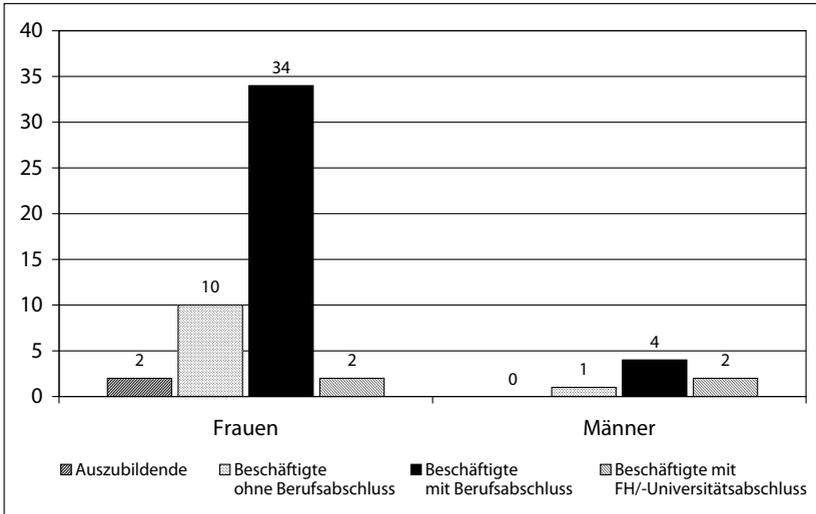
Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=45.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl der weiblichen und männlichen Beschäftigten in den Qualifikationsgruppen Auszubildende, Beschäftigte mit und ohne Berufsabschluss sowie mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss dargestellt. Die Durchschnitte werden hier allerdings anhand des Medians berechnet, da unter den befragten Einrichtungen einige eine sehr große Anzahl an Beschäftigten aufweisen, wodurch sich eine schiefe Verteilung ergibt. Benutzt man bei derartigen Verteilungen das arithmetische Mittel, dann wird die durchschnittliche Beschäftigtenzahl als zu hoch ausgewiesen. Demgegenüber entspricht der Median der mittleren Zahl der Beschäftigten in dem Sinne, dass 50% der Beschäftigten darunter und 50% 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% an, dass sie keine weiblichen Auszubildenden beschäftigen. 59% der teilnehmenden Einrichtungen beschäftigen keine männlichen Auszubildenden. Die männlichen Beschäftigten sind in den Gesundheitseinrichtungen in allen vier Qualifikationsgruppen stark unterrepräsentiert.

Abbildung 43: Durchschnittliche Anzahl der Beschäftigten in einzelnen Qualifikationsgruppen (berechnet mit dem Median)



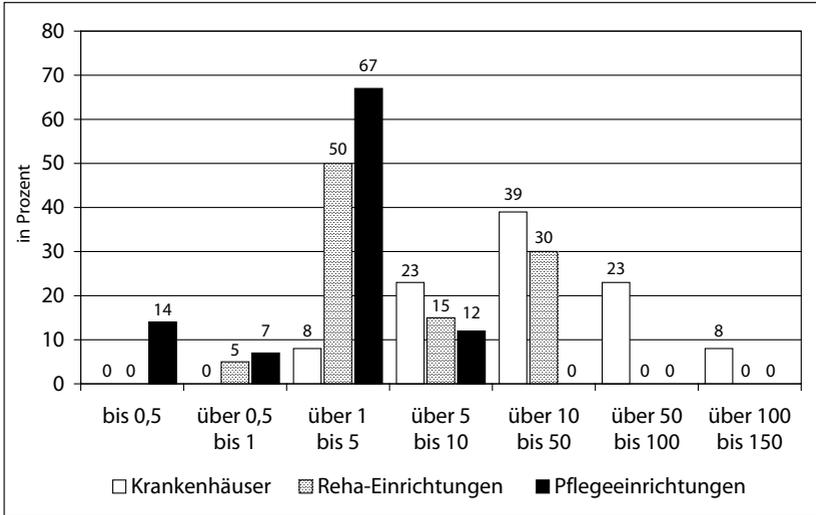
Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 60 und 85.

Umsätze der Gesundheitseinrichtungen

In Abbildung 44 werden die prozentualen Anteile der Umsätze 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 erzielen Umsätze über 0,5 Mio. Euro bis zu 50 Mio. Euro. Hier ist die Verteilung recht unterschiedlich. Der Großteil der Reha-Einrichtungen erwirtschaftet einen Umsatz von über 1 Mio. Euro bis zu 5 Mio. Euro. Die Pflegeeinrichtungen weisen Umsätze bis zu 10 Mio. Euro auf. Hierbei sind Einrichtungen mit einem Umsatz von über 1 Mio. bis zu 5 Mio. Euro am häufigsten 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 auch die höchsten Umsätze erzielen, während die Reha-Einrichtungen hinsichtlich Größe und Umsatz im Mittelfeld liegen. Die vergleichsweise kleineren Pflegeeinrichtungen erwirtschaften die geringsten Umsätze.

Abbildung 44: Umsätze der Einrichtungen in Prozent

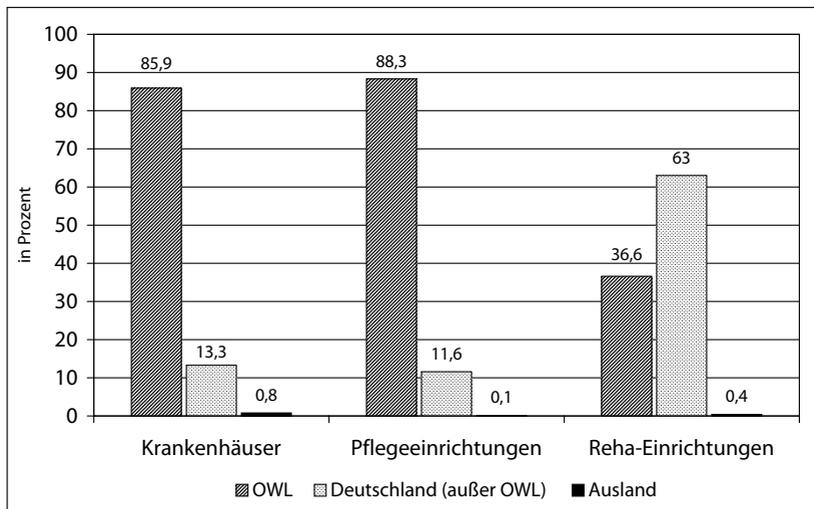


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=84.

Patienten-Einzugsgebiete

Die Einrichtungen wurden nach ihren Patienten-Einzugsgebieten befragt (siehe Abbildung 45). Es sollte festgestellt werden, ob die Patienten der Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen überwiegend aus OWL kommen. Die Krankenhäuser behandeln zu 85,9% Patienten aus OWL und zu 13,3% Patienten aus anderen Regionen Deutschlands. Das Einzugsgebiet der Pflegeeinrichtungen ist noch etwas stärker auf OWL konzentriert: Sie behandeln zu 88,3% Patienten aus OWL und zu 11,6% Patienten aus anderen Regionen Deutschlands. Die Reha-Einrichtungen versorgen dagegen überwiegend Patienten aus anderen Regionen Deutschlands, und zwar zu 63%. Nur 36,6% der behandelten Patienten kommen aus OWL. Ausländische Patienten nehmen die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen fast gar nicht in Anspruch. Ihr Anteil liegt bei allen Gesundheitseinrichtungen unter 1%.

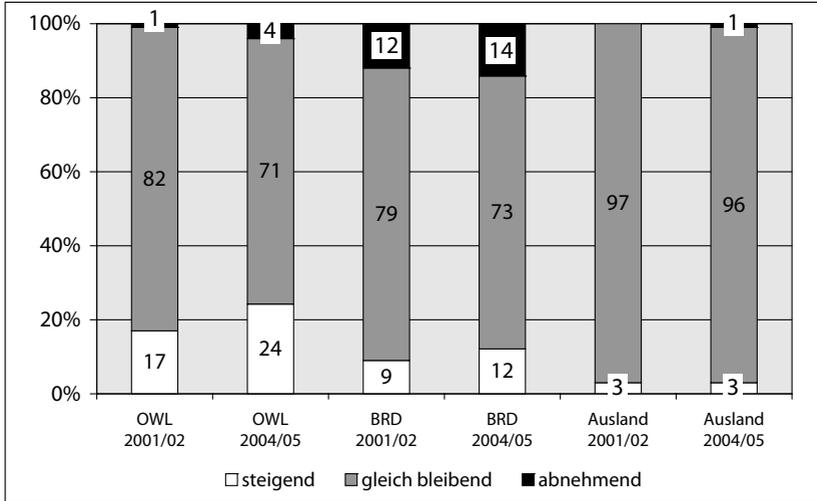
Abbildung 45: Patienten-Einzugsgebiete der verschiedenen Einrichtungen in Prozent



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 93 und 94.

Die drei Einzugsgebiete haben sich nach Aussagen der überwiegenden Zahl der Einrichtungen in den letzten zwei Jahren (2001/02) nicht geändert und werden sich auch in den nächsten zwei Jahren (2004/05) nicht ändern (siehe Abbildung 46). 17% der Einrichtungen geben an, dass der Anteil der Patienten aus OWL in den letzten zwei Jahren zugenommen hat. Nur bei 1% der Einrichtungen ist der Anteil der Patienten aus OWL gesunken. Immerhin 24% der Einrichtungen gehen davon aus, dass der Anteil der Patienten aus OWL in den nächsten zwei Jahren steigen wird; 4% der Einrichtungen erwarten einen Rückgang. OWL wird daher 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.

Abbildung 46: Änderung der Patienten-Einzugsgebiete in Prozent (2001/02 und 2004/05)

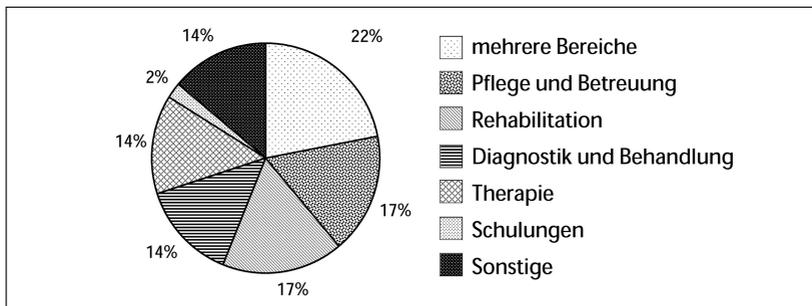


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 90 und 93.

Überregionale Attraktivität der Leistungen

Im Folgenden wurde danach gefragt, ob die Einrichtungen für ihre Patienten überregional attraktive Leistungen anbieten. 57% der Einrichtungen bestätigen dies, 43% der Einrichtungen bieten keine speziellen, überregional attraktiven Leistungen an (Abbildung 47). Die am häufigsten genannten beiden Bereiche spezieller, überregional attraktiver Leistungen sind: Rehabilitation (zu 17%) sowie die Pflege und Betreuung (ebenfalls zu 17%). An dritter Stelle stehen Therapie sowie Diagnostik und Behandlung (jeweils zu 14%). 14% der Einrichtungen bieten sonstige Leistungen an: z. B. betreutes Wohnen, Sportmöglichkeiten oder Kinderbetreuung. 22% der Einrichtungen bieten mehrere spezielle Leistungen an.

Abbildung 47: Überregional attraktive Leistungen für Patienten in Prozent



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=67.

Hervorzuheben ist, dass vor allem die Reha-Einrichtungen nach eigenen Aussagen überregional attraktive Leistungen anbieten (71 % der Einrichtungen). Nach Meinung der befragten Experten ist dieser Befund darauf zurückzuführen, dass viele Reha-Einrichtungen eine Strategie der Marktnischenbesetzung verfolgen und Leistungen für spezielle Zielgruppen anbieten. Ihr Einzugsgebiet umfasst meist NRW oder auch ganz Deutschland (siehe Abbildung 45). Die Reha-Einrichtungen sind nach Aussage der Experten auch diejenigen Gesundheitseinrichtungen, die am stärksten um Patienten werben. 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, zu Krankenhäusern und Unikliniken. Diesen werden z. B. neue Reha-Therapie-Methoden vorgestellt. Nach Ansicht der Experten kommt der Mund-zu-Mund-Propaganda (»Empfehlungsmarketing«) bei beiden Patientengruppen eine große Bedeutung zu.

Von den Krankenhäusern bieten angabegemäß 55 % überregional attraktive Leistungen an. Von den Pflegeeinrichtungen sind es 43 %. Da die Krankenhäuser zu rund 86 % und die Pflegeeinrichtungen zu rund 88 % Patienten aus der Region versorgen, ist die Schaffung eines überregional attraktiven Angebotes für sie erwartungsgemäß von nachrangiger Bedeutung. Außerdem bestimmen die Kostenträger weitgehend die Größe der Einzugsgebiete.

Die Steuerung der Patientenaufnahme in den Krankenhäusern erfolgt nach Aussage der Experten zu schätzungsweise 90 % 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 OWL Öffentlichkeitsarbeit, z. B. über Artikel in regionalen Zeitungen oder auch dadurch, dass Tage der offenen Tür veranstaltet werden.

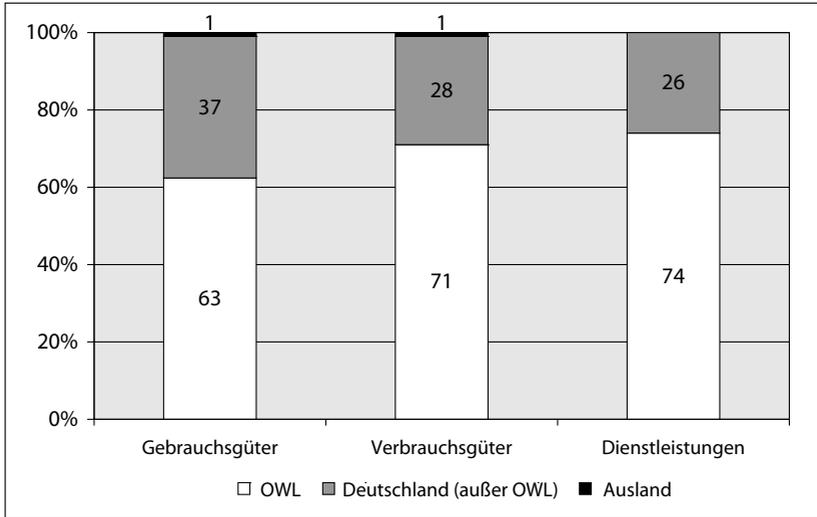
Auch die Pflegeeinrichtungen werben nach Aussage der Experten trotz ihrer derzeit hohen Auslastung in der Region OWL um Patienten. Die Anforderungen der Patienten und auch der Angehörigen an die Qualität der Pflegeleistungen haben in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Eigenbeteiligung an den Kosten zugenommen. Die Patienten 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 und über Flyer, Internetseiten, Direktwerbung an Fahrzeugen sowie Vorträge. Einige Pflegeeinrichtungen planen, sich im »Radio Westfalica« über Live-Sendungen während ihrer Arbeitseinsätze zu präsentieren. Förderkreise und »Seniorenkaffees« tragen zur Profilbildung bei.

10.3.3 Beschaffungskoperationen

10.3.3.1 Vertikale Beschaffungskoperationen

Werden alle befragten Gesundheitseinrichtungen zusammengefasst, dann beziehen sie Ge- und Verbrauchsgüter sowie Dienstleistungen überwiegend aus der Region OWL. Dienstleistungen beispielsweise werden zu 74 % aus OWL bezogen, zu 26 % aus anderen Regionen Deutschlands und überhaupt nicht aus dem Ausland.

Abbildung 48: Einkaufsbeziehungen der Einrichtungen in Prozent



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 91 und 94.

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, so dass es eher selten zu einem Wechsel der Zulieferer kommt. Bei eher selten zu beschaffenden Gütern und Dienstleistungen, die oft sehr kostenintensiv sind, kommt es zumeist zu überregionalen Ausschreibungen, um den günstigsten Anbieter zu finden. Nach Meinung der Experten bieten die ostwestfälisch-lippischen Zulieferer ein ähnliches oder sogar besseres Preis-Leistungs-Verhältnis als die Zulieferer aus anderen Regionen, so dass auch bei Ausschreibungen überwiegend regionale Anbieter in Anspruch genommen werden.

Bei der Beschaffung innerhalb der Region OWL spielt nach Ansicht der Experten auch die räumliche Nähe zu den Zulieferern eine Rolle. Sie ist bei allen Gütern und Dienstleistungen wichtig, die in kurzen Versorgungsabständen geliefert werden müssen. Räumliche Nähe ist nach Aussage der Experten besonders bei der Beschaffung von beratungsintensiven Gütern und Dienstleistungen wichtig. Kundennähe erfordern 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 tendenziell zu. Beraten werden neben den Gesundheitseinrichtungen auch der Groß- und Fachhandel (v. a. Sanitätshäuser). Die Beratung dient den Zulieferern als Verkaufsunterstützung. Bei den dauerhaften Beratungsleistungen fungieren die Zulieferer als Wissensvermittler. Derartige Leistungen nehmen den Experten zufolge vor allem Reha-Einrichtungen in Anspruch.

Werden die Gesundheitseinrichtungen gesondert betrachtet, dann beziehen sie Güter und Dienstleistungen aus unterschiedlicher räumlicher Entfernung. Ge- und Verbrauchsgüter werden vor allem von den Pflege- und Reha-Einrichtungen aus OWL bezogen (siehe Tabelle 15). Die Krankenhäuser beziehen diese dagegen eher aus anderen Regionen Deutschlands. Sie kaufen Gebrauchsgüter beispielsweise zu 41,5% in OWL ein, zu 56,1% in anderen Regionen Deutschlands und zu 2,4% im Ausland. Dienstleistungen werden von den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen überwiegend von ostwestfälisch-lippischen Anbietern in Anspruch genommen.

Tabelle 15: Einkaufsbeziehungen der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Prozent (arithmetische Mittel)

| | Gebrauchsgüter | | |
|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| | aus OWL | aus Deutschland | aus dem 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 | aus Deutschland | aus dem 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 | aus Deutschland | aus dem 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 durch die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen sind nach Aussage der Experten von den jeweiligen Organisationsvoraussetzungen abhängig. Die Pflege- und Reha-Einrich-

tungen sind im Gegensatz zu den Krankenhäusern kaum in Einkaufsverbänden organisiert. Nach Aussagen der Experten halten sie den organisatorischen Aufwand eines Einkaufsverbandes 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 pekuniäre Größenvorteile verwirklichen, weil es sich um standardisierte Produkte handelt, die durch das Kontor in größeren Mengen beschafft werden.

Darüber hinaus spielt nach Expertenmeinung 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, sondern bei regionalen Sanitätshäusern bzw. Fachhändlern, die wiederum Kontakte zu den Herstellern pflegen. Insbesondere bei Pflegeeinrichtungen sind Kontakte in ganz Deutschland oder auch zum Ausland nicht erforderlich, weil die Bestellmengen klein sind und sie eine eher regionale bzw. kleinräumige Ausrichtung im Gegensatz zu größeren Gesundheitseinrichtungen besitzen.

Krankenhäuser sind dagegen nach Auffassung der Experten eher überregional orientiert. Die Krankenhausgesellschaft ist für Krankenhäuser in ganz NRW zuständig, daher werden Abrechnungsverfahren überregional organisiert. 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 Einkaufsverbänden organisiert. Bei ihnen spielen die Einkaufsvorteile (Marktmacht, Preis- und Qualitätsvorteile) eine größere Rolle als das persönliche Vertrauensverhältnis zu den Zulieferern. Zum Beispiel werden Medikamente als Verbrauchsgüter gemeinsam bei einer Krankenhausapotheke bestellt, die oft außerhalb der Region OWL liegt, d. h. in Deutschland oder auch im Ausland. Gebrauchsgüter werden meistens gemeinsam bei überregionalen Großhändlern beschafft, deren Standort für Krankenhäuser keine Rolle spielt. Die Großhändler bieten den Krankenhäusern Komplettangebote zur Prozessvereinfachung an, z. B. OP-Sets.

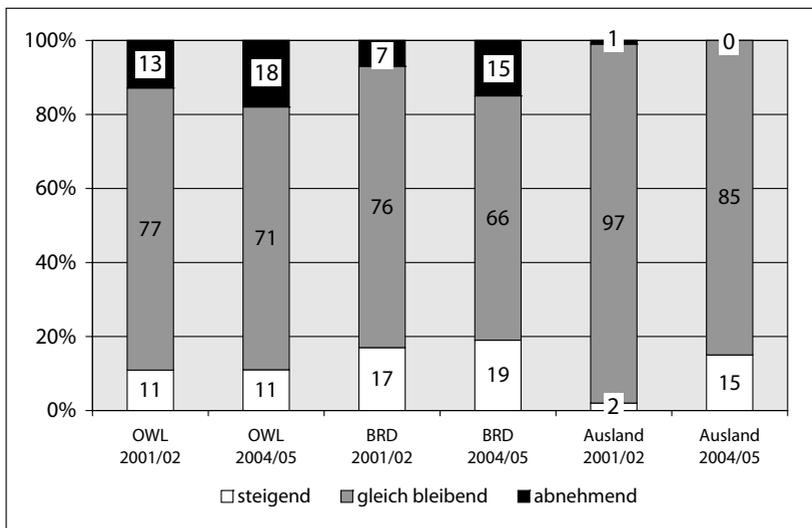
Bei der Beschaffung von Dienstleistungen durch Krankenhäuser verhält es sich nach Meinung der Experten ähnlich wie bei den Pflege- und Reha-Einrichtungen: Sie werden zum überwiegenden Teil innerhalb der Region OWL nachgefragt, weil das Preis-Leistungs-Verhältnis der ostwestfälisch-lippischen Dienstleister mindestens genau so gut wie das 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 49 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 50 und 51 zu beachten.

Die Vertreter der Einrichtungen sind überwiegend der Meinung, dass sich der Einkauf von Gebrauchsgütern in OWL kaum verändert. Allerdings hat sich der Anteil der Einrichtungen, die einen Rückgang des Einkaufs von Gebrauchsgütern in OWL 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. Erwartungsgemäß werden in den nächsten zwei Jahren mehr Gebrauchsgüter im Ausland eingekauft. Auf den ersten Blick scheint dies zu Lasten der Region OWL und der übrigen Regionen Deutschlands zu gehen. Betrachtet man aber noch einmal die Anteile in Abbildung 48, so wird ersichtlich, dass der Einkauf von Gebrauchsgütern im Ausland derzeit nur 1 % ausmacht. Die erwartete Zunahme der Einkäufe im Ausland mag also prozentual hoch sein (z. B. 100, also von 1 % auf 2 %); sie hat absolut aber kaum Auswirkungen auf Deutschland und insbesondere OWL.

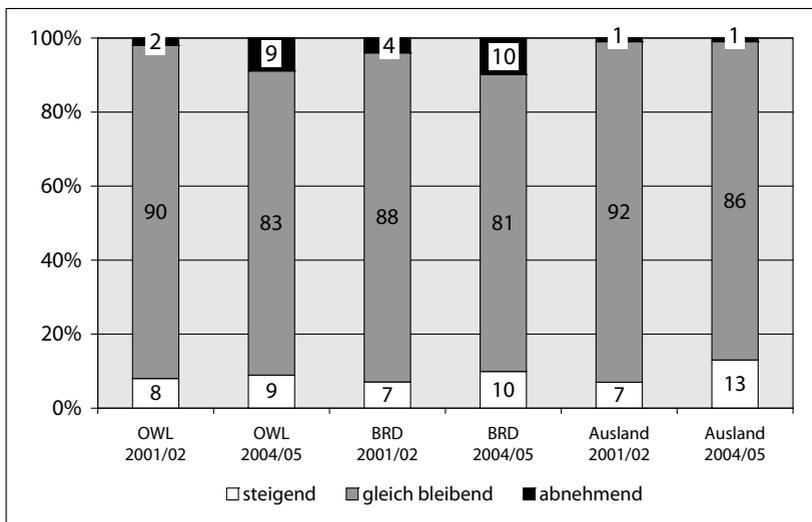
Abbildung 49: Entwicklung des Einkaufs von Gebrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05)



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 OWL und Deutschland und einer Zunahme des Einkaufs im Ausland aus. Da der Einkauf im Ausland derzeit aber auch hier nur 1 % ausmacht, ist diese Zunahme, absolut betrachtet, unerheblich.

Abbildung 50: Entwicklung des Einkaufs von Verbrauchsgütern in Prozent (2001/02 und 2004/05)

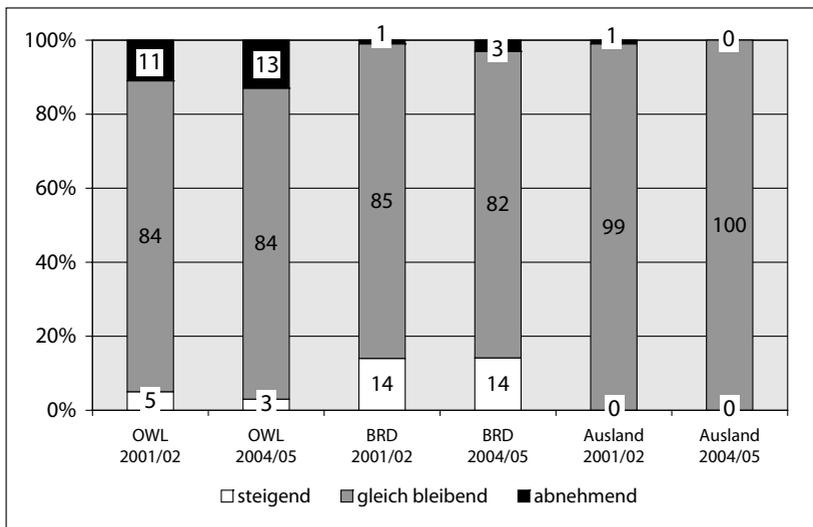


Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 93 und 95.

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.

Die Inanspruchnahme von Dienstleistungen wird nach Ansicht der Gesundheitseinrichtungen in OWL ebenfalls eher abnehmen. 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 derzeit zu 74% in OWL eingekauft werden, ist diese Veränderung, absolut betrachtet, unerheblich.

Abbildung 51: Entwicklung des Einkaufs von Dienstleistungen in Prozent (2001/02 und 2004/05)



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 90 und 93.

In Tabelle 16 werden vorgegebene Gründe genannt, die beim Einkauf von Ge- und Verbrauchsgütern sowie von Dienstleistungen in OWL von Bedeutung sind. Alle genannten Gründe liegen unter dem mittleren Wert von 3,5 und sprechen daher für den Einkauf in OWL. Eine große Bedeutung hat die verlässliche und reibungslose Zusammenarbeit mit den Anbietern. Erst an zweiter Stelle steht die Preisgünstigkeit von Gütern und Dienstleistungen.

Tabelle 16: 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.

10.3.3.2 Horizontale Beschaffungs Kooperationen

Horizontale Kooperationen in Form von Einkaufsverbänden können nach Auffassung der Experten dazu beitragen, gemeinsam einen Wettbewerbsvorsprung zu erreichen. Einkaufsverbände tragen zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit bei, da durch ihre Inanspruchnahme Kostenvorteile erzielt werden. Die gemeinsame Marktbeobachtung sowie der Informations- und Wissenstransfer über Zulieferer und über Güter und Dienstleistungen bewirken, dass die Marktkenntnis der Einrichtungen zunimmt. Darüber hinaus kann durch die gemeinsame Qualitätsbeurteilung bei standardisierten Gütern der Innovationsprozess in den Einrichtungen beschleunigt werden. Aufgrund der größeren Einkaufsmacht, die mit Einkaufskooperationen verbunden ist, können günstigere Preise und eine bessere Qualität der Güter und Dienstleistungen durchgesetzt werden, als es einzelnen Gesundheitseinrichtungen möglich ist. Dies betrifft insbesondere kleine und mittelgroße Einrichtungen, die sich durch Kooperationen Wirtschaftlichkeitspotenziale erschließen können, die sonst nur großen Einrichtungen offen stehen.

Derzeit sind allerdings nach Aussagen der Experten überwiegend die größeren Gesundheitseinrichtungen, vor allem Krankenhäuser, in Einkaufsverbänden organisiert. Sie haben aufgrund ihrer Größe eine stärker strategisch orientierte Geschäftsführung und eher Möglichkeiten zur Bildung von Kooperationen. Bei kleinen und mittleren Gesundheitseinrichtungen ist die Bereitschaft, Einkaufsverbänden beizutreten oder sie zu gründen, häufig dadurch begrenzt, dass sie den organisatorischen Aufwand und die damit verbundenen Kosten höher einschätzen als den erzielbaren Nutzen.

Zusätzlicher organisatorischer Aufwand entsteht nach Meinung der Experten beispielsweise dadurch, dass sich die Einkaufsleiter der verschiedenen Einrichtungen im Verbund auf ein bestimmtes standardisiertes Sortiment einigen müssen. Dadurch sind die einzelnen Einrichtungen nicht mehr unabhängig bei ihrer Bestellung. Diesen Nachteil sehen auch die Krankenhäuser, bei denen bereits 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 eine Einigung erzielen, sondern darüber hinaus auch mit den übrigen Einkaufsleitern.

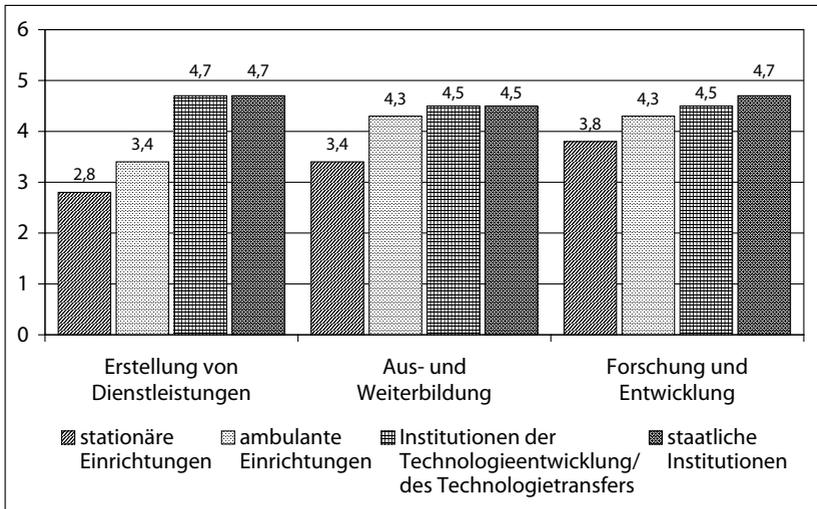
10.3.4 Kooperationen in den einzelnen Funktionsbereichen

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie intensiv die Kooperationen der Einrichtungen in den drei Funktionsbereichen Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung innerhalb der Region OWL

sind. Gefragt wurde nach Kooperationen mit anderen stationären Einrichtungen, mit ambulanten Einrichtungen, mit Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers und mit staatlichen Institutionen. Darüber hinaus soll auf die Entwicklungen dieser Kooperationen in den letzten zwei und den nächsten zwei Jahren eingegangen werden.

In Abbildung 52 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 Einrichtungen vor allem mit anderen stationären Einrichtungen zusammen. Hier liegt der durchschnittliche Wert (im linken dunkelgrauen Balken) 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 der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sowie staatlichen Institutionen eher unterdurchschnittlich stark ausgeprägt. Bei der Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung und Entwicklung ist die Kooperationsintensität mit stationären Einrichtungen durchschnittlich, diejenige mit ambulanten Einrichtungen und Institutionen nur schwach ausgeprägt.

Abbildung 52: Intensität der Kooperationen in OWL (arithmetische Mittel)



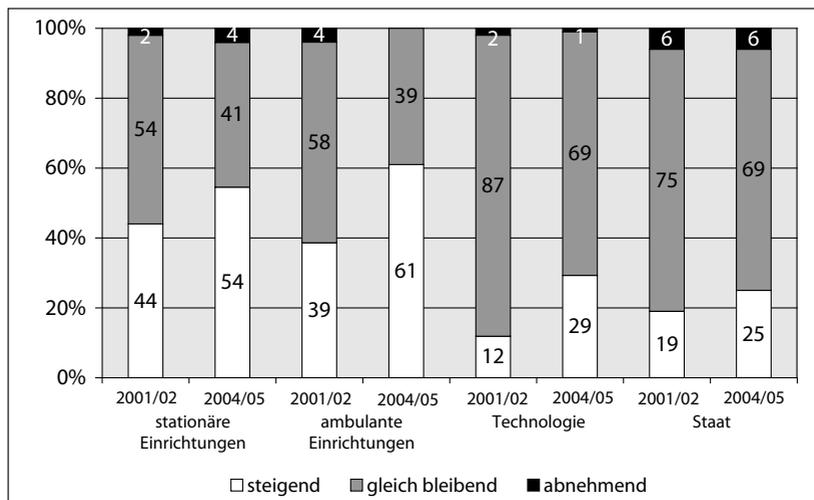
Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n zwischen 77 und 83.

Mit Hilfe der Experteninterviews wurde untersucht, wie sich die unterschiedlichen Kooperationsintensitäten in den einzelnen Funktionsbereichen 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 näher eingegangen. 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.

10.3.4.1 Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen

Bei der Erstellung von Dienstleistungen werden die Kooperationen mit allen genannten Einrichtungen und Institutionen in den nächsten zwei Jahren eher zunehmen (Abbildung 53). Beispielsweise werden sich die Kooperationen mit ambulanten Einrichtungen von 39% in den letzten beiden Jahren auf 61% in den nächsten beiden Jahren erhöhen. Auch die Kooperationen der stationären Einrichtungen untereinander werden in den nächsten zwei Jahren zunehmen.

Abbildung 53: 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. Unterschiede in den Ausprägungen wurden aus den Experteninterviews ersichtlich.

Horizontale Kooperationen: Krankenhäuser

In den letzten Jahren kam es nach Aussage der Experten bei Krankenhäusern, aber auch bei Reha-Einrichtungen, vermehrt zu Fusionen. Große Klinikgruppen, die häufig an Fusionen beteiligt sind, können Wirtschaftlichkeitspotenziale zum Teil unternehmensintern erschließen, wenn ein gut funktionierender Abstimmungsmechanismus zwischen den einzelnen Kliniken existiert. Kleinere Einrichtungen sind dagegen nur durch Kooperationen dazu in der Lage. Für sie stellen große Klinikgruppen eine starke Konkurrenz dar.

Die Vorteilhaftigkeit von horizontalen Kooperationen hängt bei Krankenhäusern davon ab, ob sie unterschiedliche Patienteneinzugsgebiete haben. Wenn die räumliche Entfernung der Krankenhäuser voneinander so groß ist, dass sich die Patienteneinzugsgebiete nicht überschneiden, können sich diese Krankenhäuser auf ähnliche Strategien festlegen (z. B. ähnliche Fachabteilungen), ohne miteinander in Konkurrenz zu stehen. Ist die räumliche Distanz so gering, dass sich die Patienteneinzugsgebiete überschneiden, dann können Kooperationen nur dann dauerhaft vorteilhaft sein, wenn sich die Kernkompetenzen der Kooperationspartner ergänzen (komplementäre Kernkompetenzen) und sich nicht überschneiden. 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 erschlossen werden. Durch gemeinsame Investitionen, z. B. in die Computertomografie, können Kosten gespart werden. Die Zusammenlegung einzelner Bereiche (z. B. der Verwaltungen, Labore oder auch der Küchen) führt zu Größenvorteilen.

Allerdings ist die strategische Abstimmung nach komplementären Kernkompetenzen nach Aussage der Experten durchweg mit Schwierigkeiten verbunden. Sie erfordert nämlich eine weitreichende Anpassung der Unternehmensorganisationen. Nach Aussage der Experten können Kooperationen vor allem in der Anfangsphase auch den Nachteil mit sich bringen, dass Entscheidungsprozesse mehr Zeit in Anspruch nehmen. Die Kompetenzen der Entscheidungsträger sollen daher nach Ansicht der Experten im Vorfeld eindeutig zugewiesen werden. Weiterhin kann die organisatorische Anpassung mit hohen Investitionen verbunden sein. Dass die strategische Abstimmung bei Kooperationen problematisch ist, bestätigen auch die

Ergebnisse der schriftlichen Befragung: Tabelle 17 in Abschnitt 10.3.4.4 zeigt, dass von den Gründen, die Kooperationen einschränken oder verhindern, organisatorische Probleme an zweiter Stelle genannt werden.

Horizontale Kooperationen: 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. 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 benachbarten Reha-Einrichtungen kann dauerhaft funktionieren, wenn sie sich gemeinsam einen größeren Markt erschließen, als es ihnen allein möglich ist. Als Fallbeispiel für horizontale Kooperationen von Reha-Einrichtungen wird in Abschnitt 11.4.3 die Kooperation der »Bauernbäder am Teutoburger Wald« vorgestellt.

Horizontale Kooperationen: Pflegeeinrichtungen

Bei stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sind Kooperationen zur gemeinsamen Erstellung von Dienstleistungen nur schwach ausgeprägt. Von Kooperationen und Spezialisierungen wird anders als bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen häufig angenommen, dass sie einen Profilverlust mit sich bringen. Pflegeeinrichtungen bieten gleichartige Leistungen an. Sie können sich daher hinsichtlich ihres Leistungsangebotes kaum gegenseitig ergänzen. Vorteile bringen Kooperationen insofern mit sich, als Mitarbeiter in anderen Einrichtungen eingesetzt werden können, wenn die Kapazitäten unterschiedlich stark ausgelastet sind.

Horizontale Kooperationen: niedergelassene Ärzte

Horizontale Kooperationen zwischen Arztpraxen sind in der Region OWL kaum vorhanden. Als Beispiele für zwei gut funktionierende Netzwerke können das Bündler Ärztenetz »Medizin und Mehr« (siehe Abschnitt 11.4.1) und der Bielefelder Verband von Ärzten und Psychologen »medi owl« genannt werden. Ärztenetzwerke sind für ihre Mitglieder vorteilhaft, da sie zum einen ihre Kapazitäten besser auslasten können und zum anderen gegenüber den Kostenträgern eine größere Ver-

handlungsmacht besitzen. Forderungen bezüglich der Verteilung finanzieller Mittel können im Verbund besser vertreten werden.

Bei der schriftlichen Befragung stellte sich heraus, dass bei horizontalen Kooperationen generell einzelne Einrichtungen 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 die Geschäftsführung des Verbundes. Entscheidungen über das Eingehen neuer Kooperationen werden daher im Verbund schneller und häufiger getroffen als von einzelnen Einrichtungen.

Vertikale Kooperationen: Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen

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 bei der kürzer werdenden Verweildauer und der gleichzeitig zunehmenden Zahl der Patienten pro Jahr sowie dem 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 Anschlussheilbehandlung 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 Internalisierung der Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen.

Vertikale Kooperationen: stationäre und ambulante Einrichtungen

Auch zwischen rechtlich unabhängigen stationären und ambulanten Einrichtungen nimmt die Verzahnung im Rahmen der integrierten Versorgung zu. Ob Kooperationen zur integrierten Versorgung eingegangen werden, hängt nach Meinung der Experten jedoch davon ab, ob sich die Geschäftsführer bereits persönlich

kennen und ob im Vorfeld eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte. Das gegenseitige Vertrauen bezieht sich unter anderem auf die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards. Dies ist deshalb wichtig, weil die Gesundheitseinrichtungen mit den Kostenträgern einen Vertrag abschließen, in dem die gemeinsame Vergütung und sämtliche Leistungen festgelegt werden, die vom Patienten in Anspruch genommen werden können (§ 140 c SGB V). 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 dem Qualitätsstandard nicht gerecht, so nähmen die Patienten vermutlich nicht an der integrierten Versorgung teil. 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.

Vertikale Kooperationen: wirtschaftlicher Nutzen

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. Dadurch werden in den Krankenhäusern früher Betten frei.

Auch Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten ermöglichen beiden Seiten nach Meinung der Experten eine bessere Nutzung ihrer Wirtschaftlichkeitspotenziale. Krankenhäuser können indirekt eine ambulante Versorgung anbieten, indem sie Ärzte dazu animieren, sich auf dem Krankenhausgelände niederzulassen. Das 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 für eine Spezialisierung erforderlich sind. Für die niedergelassenen Ärzte ergeben sich Vorteile daraus, dass sie zur Beratung Spezialisten aus den Krankenhäusern hinzuziehen können. Nach Aussage der Experten arbeiten die Chefärzte der Krankenhäuser zum Teil auch in den Praxen (mit eigener Rechnungsstellung).

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 Weiterempfehlung gewinnen die Kooperationspartner einen größeren Patientenkreis und werden insoweit wettbewerbsfähiger.

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 nicht an der integrierten Versorgung teilnehmen und wenn dies andere Einrichtungen in ihrer Versorgungsregion tun. Der Kostenträger kann bis zu 1 % ihrer Gesamtvergütung für die voll- und teilstationäre Versorgung einbehalten (DKG 2004a: 9 ff.). Für alle im Behandlungspfad nachgelagerten Gesundheitseinrichtungen (Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder ambulante Einrichtungen) bietet sich durch vertikale Kooperationen der Vorteil, dass sie aufgrund der routinemäßigen Weiterempfehlungen mit einem regelmäßigen Patientenzustrom rechnen können. Ihnen bietet sich die Möglichkeit, ihre strategische Ausrichtung langfristig zu planen.

Horizontale und vertikale Kooperationen: Fazit

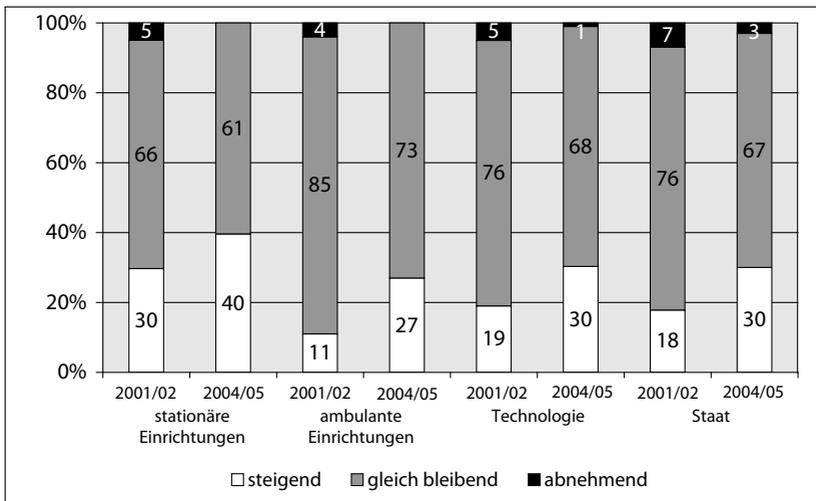
Bei allen Gesundheitseinrichtungen können horizontale und vertikale Kooperationen nach Aussage der Experten dazu beitragen, Behandlungsprozesse durch Benchmarking (Vergleich der Prozessabläufe) sowie durch einen institutionalisierten Informations- und Wissenstransfer zu optimieren. Nach Aussagen der Experten hat bisher aber nur eine geringe Anzahl der Gesundheitseinrichtungen damit begonnen, ihre Prozessabläufe unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu gestalten. Dies wird allerdings zukünftig wichtiger, um Kosteneinsparungen zu realisieren.

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 bei den Krankenhausplanungen, bei vertikalen Kooperationen die Ausgestaltung der Verträge über integrierte Versorgungsformen. Aber auch für die Kostenträger ergeben sich Vorteile: Ihre Aufwendungen für Verhandlungen sinken, da die Einrichtungen ihre Versorgungspläne zumeist bereits im Vorfeld abstimmen.

10.3.4.2 Kooperationen zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung

Im Bereich Forschung und Entwicklung sind Kooperationen in der Region OWL schwächer ausgeprägt als in den Bereichen der Erstellung von Dienstleistungen sowie der Aus- und Weiterbildung (siehe Abbildung 52 in Abschnitt 10.3.4). Die befragten Gesundheitseinrichtungen gaben an, dass die Kooperationen in den nächsten zwei Jahren im Bereich Forschung und Entwicklung insgesamt zunehmen werden. Es wird erwartet, dass sich die Kooperationsintensität mit ambulanten Einrichtungen sogar mehr als verdoppelt.

Abbildung 54: 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 Änderungen in den Anforderungen möglichst schnell zu reagieren. Bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen besteht insbesondere in denjenigen medizinischen Bereichen, welche die jeweiligen Kernkompetenzen der Einrichtungen darstellen, die Notwendigkeit, in Forschung und Entwicklung zu investieren und wettbewerbsfähige Innovationen zu entwickeln. Nach Aussage der Experten ist die Entwicklung von Innovationen immer nachfrageinduziert. In der Region OWL gibt es zurzeit ein überproportionales Marktwachstum,

was die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen betrifft. Die Nachfrager legen immer mehr Wert auf innovative Serviceleistungen. Durch das Angebot solcher Dienstleistungen sind die Gesundheitseinrichtungen in der Lage, Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Horizontale Kooperationen

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, also zur Weitergabe von neuem ökonomischem Wissen und von neuen Technologien (»Betriebsgeheimnissen«). Nach Einschätzung der Experten gibt es daher innerhalb der Region OWL 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 kommen häufiger vor, da die Möglichkeit von Imitationen durch andere Einrichtungen an Bedeutung verliert. Eine Ausnahme bilden die Reha-Einrichtungen. Bei ihnen sind 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 zu befürchten.

Innerhalb der Region OWL gibt es nach Aussage der Experten auf horizontaler Ebene vor allem Kooperationen zwischen Einrichtungen, die einem gemeinsamen Träger angehören und daher rechtlich abhängig sind. Zwischen solchen Einrichtungen haben sich in der Regel langfristige, vertrauensvolle Beziehungen gebildet und es wird in mehreren Funktionsbereichen kooperiert. In Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen wird vor allem an der Optimierung der Prozessabläufe gemeinsam gearbeitet. Beispielsweise können mittels der gemeinsamen Nutzung von EDV-Systemen die Ergebnisse von Computertomografien innerhalb des Verbunds an andere Einrichtungen versendet werden, die dann Diagnosen abgeben können. Teleradiologie ermöglicht, dass der Radiologe nicht vor Ort sein muss, um eine Diagnose zu erstellen.

Vertikale Kooperationen

Auf vertikaler Ebene muss zwischen Kooperationen mit Gesundheitseinrichtungen, Zulieferern und Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers unterschieden werden. 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 Spezialgebieten liegen. Solche Kooperationen sind selten auf OWL bezogen; sie erstrecken sich meist auf Deutschland, zum Teil auch auf das Ausland. Auch Kooperationen der Leistungserbringer mit Zulieferern und Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers sind nach Ansicht der Experten hauptsächlich überregional orientiert, da der Bedarf an Forschungs- und Entwicklungsleistungen meistens nicht innerhalb einer Region vollständig gedeckt werden kann. In OWL gibt es z. B. keine medizinische Hochschule.

Nach Meinung der Experten sind die Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Zulieferern zur gemeinsamen Entwicklung von Innovationen bisher eher schwach ausgeprägt. Ein Grund liegt darin, dass die Beschaffung über den Groß- oder Fachhandel (Sanitätshäuser) erfolgt. Gesundheitseinrichtungen geben ihre Erfahrungen mit den Produkten an die Händler weiter, welche die Informationen wiederum an die Hersteller weiterleiten. Die Hersteller informieren sich beim Handel, wie ihre Neuentwicklungen von den Gesundheitseinrichtungen angenommen werden. Große Hersteller haben darüber hinaus häufig ein Kundenbeschwerdemanagement. Änderungen der Produkte kommen dann dadurch zustande, dass die Gesundheitseinrichtungen mit dem Produkt nicht zufrieden sind und sich direkt an die Hersteller wenden. Die Hersteller arbeiten nur in wenigen Fällen zusammen mit den Gesundheitseinrichtungen an innovativen Produkten, z. B. bei der Entwicklung von Prothesen.

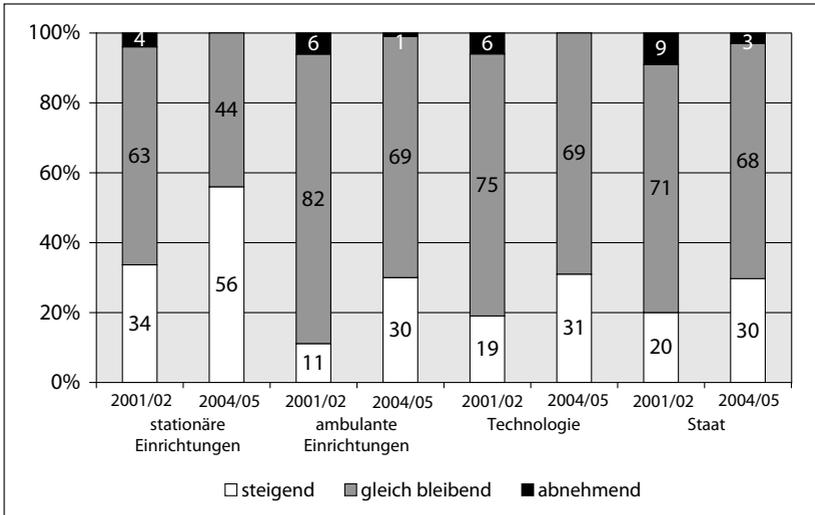
In den letzten Jahren wurden die regionalen Kooperationen zwischen Herstellern und Gesundheitseinrichtungen nach Aussage der Experten von Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers gefördert, so dass Weiterentwicklungen von Produkten immer häufiger gemeinsam erprobt werden. Dies ist vor allem bei Produkten der Fall, die möglichst kundennah entwickelt werden sollen, z. B. Krankenbetten. In OWL besteht ein Netzwerk zum Bettenmanagement und zur gemeinsamen Produktentwicklung zwischen Bettenherstellern und verschiedenen Anwendern. Trotzdem ist hier nach Aussage der Hersteller noch ein großes Potenzial vorhanden.

Bei der Beurteilung der Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Herstellern zur gemeinsamen Forschung und Entwicklung muss laut Meinung der Experten berücksichtigt werden, 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 ist. Die Aufnahme und Umsetzung der Ideen der Ärzte und der eigenen Mitarbeiter ist jedoch ein sehr kostenintensiver Prozess, der bisher wenig genutzt wird (mit Ausnahme des Bereichs Medizintechnik). Die Hersteller kooperieren aber mit Gesundheitseinrichtungen in der Forschung und Entwicklung, indem sie die Gesundheitseinrichtungen bei ihrer Prozessoptimierung unterstützen. In den letzten Jahren verbinden die Hersteller den Verkauf ihrer Produkte verstärkt mit einem Dienstleistungsangebot: Z. B. werden den Gesundheitseinrichtungen Mitarbeiterqualifizierungen angeboten. Die Experten gehen davon aus, dass die Kundenorientierung der Hersteller in den kommenden Jahren wichtiger wird.

10.3.4.3 Kooperationen zur gemeinsamen Aus- und Weiterbildung

Kooperationen der Gesundheitseinrichtungen in der Aus- und Weiterbildung werden mit allen Einrichtungen und Institutionen in OWL in den nächsten zwei Jahren zunehmen, solche mit ambulanten Einrichtungen vermutlich am stärksten. Während 11 % der Einrichtungen in den letzten beiden Jahren stärker kooperierten, werden es in den nächsten beiden Jahren voraussichtlich 30% sein. Auch die Kooperationen zwischen stationären Einrichtungen werden voraussichtlich relativ stark von 34 % auf 56 % zunehmen.

Abbildung 55: 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 gleichzeitig 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, so dass die personellen und finanziellen Belastungen der einzelnen Einrichtungen sinken. Es kann eine mindestoptimale Ausstattung mit Personal, Räumlichkeiten, Materialien etc. erreicht werden. Die beteiligten Einrichtungen können sich hinsichtlich der Nutzung vorhandener Kapazitäten flexibler auf sich ändernde Auszubildendenzahlen einstellen. 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 und Bildungsmodule, die auf neue

Marktgegebenheiten ausgerichtet sind, werden die Einrichtungen nach Meinung der Experten durch Kooperationen flexibler. Die Qualität und Quantität der Bildungsmodule wird verbessert, das Angebot an qualifizierten Arbeitskräften gesichert. Das Anwerben neuer Auszubildender wird erleichtert, da sich die Sicherheit für die Auszubildenden erhöht, später einen Arbeitsplatz zu finden.

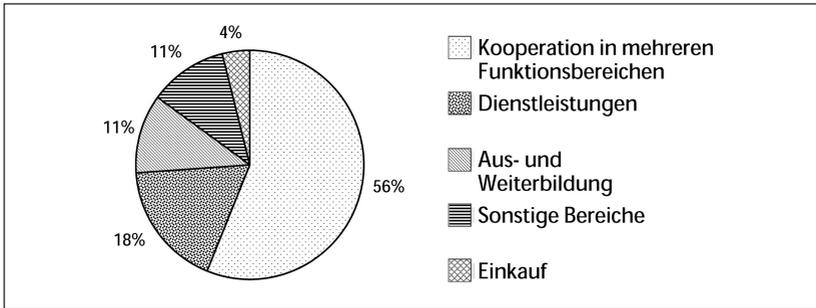
Zurzeit gibt es in der Region OWL intensive Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung zwischen stationären Einrichtungen, und zwar auf horizontaler wie auch auf vertikaler Ebene. Als Fallbeispiel für horizontale Kooperationen wird in Abschnitt 11.4.2 die Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (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 werden zu können (s. auch das Fallbeispiel Bauernbäder im Abschnitt 11.4.3).

Institutionen 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 anderen auch in OWL – bieten Gesundheitseinrichtungen spezielle Weiterbildungskurse für ihre Mitarbeiter an.

10.3.4.4 Intensive Kooperationen in der Region Ostwestfalen-Lippe

Die Einrichtungen wurden dazu befragt, ob es Kooperationsbereiche gibt, in denen sie sich innerhalb der Region OWL im besonderen Maße engagieren. Bei 52,3 % der befragten Einrichtungen ist dies der Fall. Eine Vielzahl von ihnen kooperiert in mehreren Bereichen. Zu 56 % kooperieren sie im Verbund mit anderen stationären Einrichtungen, wobei gemeinsame Aktivitäten in jedem Funktionsbereich stattfinden. 18 % der Einrichtungen kooperieren im Dienstleistungsbereich (genannt wurden Diagnostik, Behandlung, Pflege, Betreuung, Therapie, Beratung). Kooperationen in der Aus- und Weiterbildung kommen zu 11 % vor und Kooperationen beim Einkauf zu 4 %. Darüber hinaus werden von 11 % der Einrichtungen sonstige Kooperationen genannt. Dies sind Kooperationen im Marketing, im Benchmarking, beim Qualitätsmanagement und bei der Regionalisierung von Altenheimen.

Abbildung 56: Kooperationsbereiche, in denen sich die Einrichtungen in OWL in besonderem Maße engagieren (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=45.

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen Kooperationen in der Region OWL bisher nicht entstanden sind oder sich nicht in gewünschter Weise entwickelt haben. Die Einrichtungen sollten auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 6 (völlig unwichtig) angeben, welche Rolle die Gründe bei ihnen spielten. Alle vorgegebenen Gründe sind von mittelmäßiger bis geringer Bedeutung (die Mitte liegt beim Wert 3,5).

Tabelle 17: Gründe, die Kooperationen in OWL verhinderten (arithmetische Mittel)

| Gründe, die Kooperation in OWL einschränken 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 haben, die bisher nicht ausreichend erfüllt werden konnten. Bei zwei Einrichtungen steht der Konkurrenzgedanke so stark im

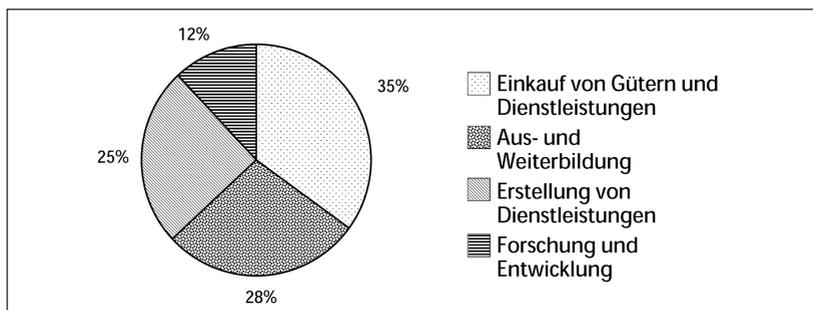
Vordergrund, dass Kooperationen bisher nicht in Erwägung gezogen wurden. Zwei weitere Einrichtungen sind in ein verbandsinternes Netzwerk integriert, so dass das zentrale Management über Kooperationen entscheidet. Jeweils eine der Einrichtungen gab folgende Gründe an: Ideologieunterschiede sind zu groß; 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 in den Experteninterviews angesprochen wurde. So ist vielen Einrichtungen noch nicht bewusst, dass durch Kooperationen bedeutende Kosteneinsparungen und damit Wettbewerbsvorteile erzielt werden können. Bei ihnen stehen häufig das Risiko und die Kosten im Vordergrund, die mit einer möglichen Kooperation einhergehen. In den Expertengesprächen 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 soll im folgenden Abschnitt näher eingegangen werden.

10.3.4.5 Intensive Kooperationen außerhalb der Region Ostwestfalen-Lippe

Von den befragten Einrichtungen kooperieren 45 % überregional, 55 % der Einrichtungen tun es nicht. Viele von ihnen kooperieren in mehreren Bereichen. Besonders häufig wird beim Einkauf von Gütern und Dienstleistungen kooperiert (zu 35 %), aber auch bei der Aus- und Weiterbildung (28 %) und bei der Erstellung von Dienstleistungen (25 %). Regionsexterne Kooperationen in der Forschung und Entwicklung werden nur zu 12 % gepflegt.

Abbildung 57: Bereiche mit nennenswerten Kooperationen außerhalb von OWL in Prozent



Quelle: Eigene Erhebung, Datenbasis: n=43.

10.4 ZWISCHENFAZIT

Die Ergebnisse der empirischen Erhebung belegen, 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.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gesundheitseinrichtungen Ostwestfalen-Lippes die Potenziale von Kooperationen erkannt haben und ihnen aufgeschlossen gegenüber stehen. Zur Erhöhung ihrer Wettbewerbsfähigkeit kooperieren 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 zeigt, dass die Ansprüche an Kooperationspartner relativ hoch sind und angabegemäß häufig nicht erfüllt werden. Auch organisatorische Gründe und unterschiedliche Trägerschaften sowie die Konkurrenz um Patienten können Kooperationen im Wege stehen.

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

11 POTENZIALE FÜR KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER GESUNDHEITSWIRTSCHAFT DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

11.1 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. Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu ca. 97 % aus beitragspflichtigen Einnahmen gebildet wird, bleibt 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 zuvor beschrieben, stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP zwischen 1992 und 2002 von 9,9 % auf 10,9 % 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 wesentlich höher, wenn die Gesundheitsausgaben nicht durch die mit den Gesundheitsreformen verbundenen zahlreichen Kostendämpfungsmaßnahmen eingeschränkt worden wären.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

In der Region OWL war von den Kostendämpfungsmaßnahmen insbesondere das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) von 1997 mit starken Auswirkungen verbunden. Da sich die Region OWL durch eine große Anzahl von Heilbädern und Kurorten auszeichnet, deren Reha-Einrichtungen 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 darauffolgenden Jahren ein besonderer Handlungsdruck in der Region (MGSFF NRW 2001: 152 f.).

Als positiv kann allerdings angesehen werden, dass es der Region OWL als einziger Region Nordrhein-Westfalens während der Reha-Krise möglich war, mehr Reha-Bilitanden zu »importieren« als zu »exportieren«. Als Reaktion auf die Reha-Krise wurden in OWL Spezialkliniken eingerichtet, die eine Strategie der Marktnischenbesetzung verfolgen und auf besondere Zielgruppen ausgerichtet sind. Das Einzugsgebiet ist vornehmlich überregional. Wie die schriftliche Befragung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ergab, liegt der Anteil der Patienten aus anderen Regionen Deutschlands bei 63% (Stand 2003). Der Großteil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bietet somit überregional attraktive Leistungen an. Einige von ihnen versorgen auch Patienten aus dem Ausland.

Nach Aussage der befragten Experten kann die Auslastung der Reha-Einrichtungen in OWL allerdings nach wie vor nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden. Eine Erhöhung der Auslastung wird dadurch erschwert, dass mit der Gesetzesänderung im Jahr 1997 nicht nur die Finanzierung von stationären Rehabilitationsleistungen eingeschränkt, sondern auch die ambulante und teilstationäre Rehabilitation der stationären Rehabilitation gleichgestellt wurde. Nach Aussage der Experten begannen die stationären Reha-Einrichtungen daher, ein zusätzliches Angebot ambulanter Leistungen für die in der Region ansässigen Patienten zu schaffen.

Ebenso wie in OWL werden aber auch in anderen Regionen Deutschlands zunehmend ambulante Leistungen wohnortnah für die dort ansässigen Patienten angeboten. Für die Region OWL kommt es dadurch zu einer Verschärfung des Wettbewerbs mit anderen Regionen um Patienten. Es ist vorauszusehen, dass sich der Patientenzustrom aus dem Ruhrgebiet und damit die Auslastung der stationären Reha-Einrichtungen Ostwestfalen-Lippes kontinuierlich verringern wird. Nach Ansicht der Experten müssen in OWL Maßnahmen entwickelt werden, um diesem Rückgang entgegenzutreten.

Der Wettbewerb der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird vermutlich auch aufgrund der Einführung des G-DRG-Systems 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 zur Anpassung der Leistungsausrichtung im Krankenhaussektor, unter anderem zu einem zusätzlichen Angebot von ambulanten Rehabilitationsleistungen. Damit wer-

den Krankenhäuser zu einem stärkeren Wettbewerber gegenüber Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Krankenhäuser

Der Krankenhausektor ist ebenfalls von Kostendämpfungsmaßnahmen betroffen. Die Zahl der Krankenhäuser in OWL ist aufgrund von Einsparungen in den Jahren 1995 bis 2001 um 11 % gesunken. 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.

Mit der Einführung des G-DRG-Systems werden weitere Einsparungen im Krankenhausektor erwartet, da das Kostendeckungsprinzip von dem Leistungsprinzip abgelöst wird. Ziel ist es, durch eine größere Transparenz der Leistungserbringung die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und dadurch letztendlich Einsparungen zu realisieren (Greß/Jacobs/Schulze/Wasem 2004: 121). Während 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), sind Greß/Jacobs/Schulze/Wasem (2004: 121) der Ansicht, dass von einer umfassenden wettbewerblichen Neuorientierung nicht gesprochen werden kann, da hierfür weiter reichende Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen erforderlich sind.

Unumstritten ist jedoch, dass durch die Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausektor neue Handlungsanreize gesetzt werden. 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: 122f.). Diese Anreize werden in Deutschland durch das GKV-Modernisierungs-Gesetz verstärkt, das zum 1.1.2004 in Kraft trat. Es ermöglicht den Leistungserbringern – nicht nur den Krankenhäusern – bei Vertragsabschlüssen mit Kooperationspartnern einen größeren Gestaltungsspielraum als bisher, so z.B. durch die Erweiterung der integrierten Versorgung. Nach Aussage der Experten stellten die Leistungserbringer – vor allem die Krankenhäuser – den Krankenkassen im Jahr 2004 bereits eine Vielzahl von Anträgen für Vertragsabschlüsse zur integrierten Versorgung. Bisher wurden allerdings nur wenige Verträge abgeschlossen, da nach Ansicht der Krankenkassen die von den Leistungserbringern vorgeschlagenen Konzepte wenig inno-

vative Kooperationsformen beinhalten oder betriebswirtschaftlich nicht ausgereift sind.⁴¹ Auch weitere Gestaltungsspielräume, die das GKV-Modernisierungs-Gesetz einräumt, wie beispielsweise die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren, wurden bisher in OWL 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.

11.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

Der Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 (2005: 52) fordert: »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 Reha-Einrichtungen sind, sind Kooperationen und Netzwerke zu entwickeln, die zu einer höheren Auslastung der stationären Reha-Einrichtungen 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 Reha-Einrichtungen in OWL versorgen zu 63 % regionsexterne Patienten. Somit ist überregionale Kooperationen und Netzwerken innerhalb des Einzugsgebietes der Patienten besondere Bedeutung beizumessen.

Überregionale Kooperationen und Netzwerke zwischen Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern

Kooperationen und Netzwerke mit regionsexternen Krankenhäusern können zu einer besseren Auslastung und zur Sicherung des Patientenzustroms der stationären Reha-Einrichtungen in OWL beitragen. Dies betrifft insbesondere diejenigen Reha-Einrichtungen, die Anschlussheilbehandlungen durchführen (Lüngen/Lauterbach 2004: 181). Für diese stationären Reha-Einrichtungen 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

41 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).

Krankenhäuser aufgrund der räumlichen Nähe zwischen Wohn- und Behandlungs-ort ein zusätzliches Betätigungsfeld dar. Krankenhäuser werden daher selbst für die Reha-Einrichtungen zunehmend zum Wettbewerber. Da sie für die stationäre Nachversorgung in nachgelagerten Reha-Einrichtungen aber weiterhin 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 Reha-Einrichtungen von entscheidender Bedeutung.

Die Zunahme ambulanter Rehabilitationsleistungen ist zurzeit auch im Ruhrgebiet als wichtiges Einzugsgebiet der ostwestfälisch-lippischen Reha-Einrichtungen zu beobachten. Kooperationen und Netzwerke mit Krankenhäusern, die im Ruhrgebiet ansässig sind, können daher zur Existenzsicherung der stationären Versorgung in Reha-Einrichtungen der Region OWL beitragen. Kooperationen und Netzwerke mit regionsexternen Krankenhäusern lassen sich dann realisieren, wenn bei stationären Rehabilitationsaufenthalten der Patienten die Wohnortnähe aus therapeutischen Gründen vermieden werden soll. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die kooperierenden Einrichtungen Spezialisierungen aufweisen, die auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder abzielen.

Krankenhäuser können sowohl bei regionalen als auch überregionalen Kooperationen mit stationären Reha-Einrichtungen Kosten reduzieren. Nach Aussage der befragten Experten werden Patienten, die nach der Akutversorgung eine Anschlussheilbehandlung benötigen, in Kooperationen schneller von nachgelagerten Reha-Einrichtungen übernommen, als es ohne Kooperationen der Fall ist. Vertikale Kooperationen ermöglichen eine schnellere Abwicklung an den Schnittstellen innerhalb eines Behandlungspfades. Daneben besteht für Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser die Möglichkeit, auf Grundlage von Kooperationsverträgen im Rahmen der Krankenhausbehandlung eine Frührehabilitation anzubieten. Dies ist durch den Einsatz mobiler Rehabilitationsteams möglich, die der Reha-Einrichtung angehören und einem bzw. mehreren Krankenhäusern je nach Bedarf zur Verfügung gestellt werden (Fuchs 2004: 196).

Integrierte Versorgung durch Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser

Den Reha-Einrichtungen 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 zu unterbreiten. Daher haben diejenigen Leistungserbringer die besten Chancen, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, die sich im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen bereits gut positioniert haben und damit über eine entsprechende 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 OWL über besondere Kompetenzen in der stationären Versorgung, die durch ausgewiesene Spezialkliniken und durch Einrichtungen der Hochleistungsmedizin sichergestellt werden. Allerdings befinden sich die Leistungserbringer und Kostenträger bei der Nutzung der integrierten Versorgung 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 OWL weiterhin eine leistungsfähige, innovative Gesundheitsregion bleibt. Um mit integrierten Versorgungsangeboten zur Profilbildung der Gesundheitsregion OWL beizutragen, sind Kooperationen mit interessanten Leistungsangeboten für die Patienten zu entwickeln (Hartmann 2002: 159). Integrierte Versorgungsangebote sind insbesondere dann für Leistungserbringer interessant, wenn sie ähnliche Kernkompetenzen aufweisen. Sie haben dann die Möglichkeit, den Patienten eine sektorenübergreifende Behandlung spezieller Krankheitsbilder anzubieten. Nach Aussage der befragten Experten wurden in Deutschland bisher überwiegend Integrationsverträge abgeschlossen, die auf bestimmte Krankheitsbilder zugeschnitten sind.

In OWL besteht bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen 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. Eine gemeinsame Prozessoptimierung zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen 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. Eine derartige strategische Ausrichtung würde nach Aussage der Experten insbesondere für kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung und für stationäre Reha-

Einrichtungen in den nächsten Jahren entscheidend zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit, des Arbeitsplatzangebotes und damit des Standortes beitragen.

Die tatsächliche Umsetzung der integrierten Versorgung in OWL 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 ist demnach für eine flächendeckende Umsetzung nicht ausreichend (Pressekonferenz des »2. Forums Gesundheit – Wirtschaft – Innovation NRW« am 01.03.2005). Dieser Ansicht sind auch die befragten Experten: Eine wichtige Aufgabe der staatlichen Regulierung ist es, die 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 Reha-Einrichtungen, die Integrationsbemühungen dieser beiden Sektoren beschleunigt.

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

Kooperationen und Netzwerke zwischen stationärem und ambulantem Sektor

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Rehabilitation können sowohl stationäre Reha-Einrichtungen als auch Krankenhäuser ihre Wettbewerbsfähigkeit stärken, wenn sie mit regionsexternen ambulanten Reha-Einrichtungen kooperieren, die im Einzugsgebiet der Region OWL ansässig sind. Nach Ansicht von Hartmann (2002: 181) haben vor allem stationäre Reha-Einrichtungen

nur dann eine Zukunft, wenn sie sich dem Angebot ambulanter Leistungen nicht verschließen. So können beispielsweise durch Kooperationen und Netzwerke mit ambulanten Reha-Einrichtungen im Ruhrgebiet komplementäre Dienstleistungen angeboten werden.

Neben den Kooperationen und Netzwerken zwischen stationären Gesundheitseinrichtungen und ambulanten Reha-Einrichtungen dienen auch Kooperationen und Netzwerke mit niedergelassenen Ärzten der Erweiterung des Leistungsspektrums und der Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen. So ergaben die Expertenbefragungen, dass es in OWL zunehmend zur Ansiedlung von niedergelassenen Ärzten auf dem Krankenhausgelände kommt und dies von beiden Kooperationspartnern als Wettbewerbsvorteil angesehen wird.

Die Nutzung der Gestaltungsspielräume, die das GKV-Modernisierungs-Gesetz einräumt, befindet sich in OWL 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. Nach Lünen und Lauterbach (2004: 180) scheiterte die Umsetzung der integrierten Versorgung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor bisher aber auch in anderen Regionen Deutschlands; sie beschränkt sich lediglich auf wenige 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. Somit wird die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein gemeinsames Budget, das über die Anschubfinanzierung hinausgeht, sowie für einheitliche Qualitätsstandards ausschlaggebend dafür sein, ob Kooperationen und Netzwerke zwischen dem stationären und ambulanten Sektor im Rahmen der integrierten Versorgung in OWL zukünftig umgesetzt werden.

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 strategische Neuausrichtung ist aufgrund der sich wandelnden Nachfrage notwendig: Die Bereitschaft steigt, Teile des Einkommens zur Verbesserung der Lebensqualität einzusetzen. So bietet es sich beispielsweise an, innerhalb der Region OWL in Kooperation mit Wellness-Hotels gemeinsame Angebote für den Tourismus zu erstellen, die komplementäre Leistungen beinhalten und auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind. Für stationäre Reha-Einrichtungen in Kurorten und Heilbädern sind darüber hinaus Kooperationen und Netzwerke mit Einrichtungen in den Ballungsgebieten Nordrhein-Westfalens vorteilhaft, um Nachfragepotenziale dieser Einzugsgebiete zu sichern (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 2005: 49-52).

Leistungsausrichtung der Gesundheitswirtschaft

Im Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 (2005: 50) heißt es: »Nur durch Schwerpunktsetzung und Profilbildungen werden Heilbäder und Kurorte auf dem nationalen und internationalen Markt konkurrenzfähig werden und bleiben«. Aufbauend auf bereits bestehenden Kompetenzen ist demnach für die Gesundheitsregion OWL ein Profil mit attraktiven Gesundheitsleistungen zu entwickeln, das insbesondere den Heilbädern und Kurorten zugute kommt (Hartmann 2002: 216).

Die Wettbewerbsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen hängt nach Messmer und Margreiter (2003: 150f.) entscheidend davon ab, ob sie Spezialisierungen aufweisen, die der Nachfrage entsprechen bzw. die an 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 entsprechende Anpassung der Gesundheitsleistungen. Insbesondere Senioren der Altersklasse der 65- bis 74-Jährigen stellen eine wichtige Zielgruppe dar. Bei ihnen handelt es sich mehrheitlich um kaufkräftige Nachfrager von Reisen und Wellness-Angeboten, deren Bedeutung bis zum Jahr 2009 zunehmen wird. Die über 74-Jährigen stellen für Gesundheits- und Pflegeleistungen die wichtigste Zielgruppe dar. Sie werden voraussichtlich bis zum Jahr 2017 über ein vergleichsweise hohes Rentenniveau verfügen (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 Konzer-

tierte 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. Dies erfordert von den Leistungserbringern in OWL eine konsequente Ausrichtung des Leistungsangebotes an den individuellen Bedürfnissen der Nachfrager.

Die Leistungserbringer in OWL verfolgen eine Strategie der Marktnischenbesetzung. Sie weisen Spezialisierungen wie beispielsweise in der Herzchirurgie, Diabetesbehandlung, Allergologie, Epilepsie, Frauengesundheit, Orthopädie sowie der Tinnitus-therapie auf. Aufgrund der veränderten Anforderungen an die Gesundheitsleistungen kann ihnen empfohlen werden, innerhalb der Spezialgebiete eine Erweiterung des Leistungsspektrums vorzunehmen. Insbesondere qualitativ hochwertige Leistungen, die so genannte »Spitzenmedizin«, werden 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 OWL zu stärken und zu erweitern.

Nach Aussage des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001: 26 f.) steigt aufgrund der demografischen Entwicklung insbesondere in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Pflege der Bedarf an Gesundheitsleistungen. Das Potenzial der Prävention wurde bisher weitgehend unterschätzt. Präventive Angebote sind von Bedeutung, um den steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen zur Behandlung von Erkrankungen zu vermindern, der mit der demografischen Entwicklung einhergeht (Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: 26 f.). Im Bereich Prävention sind in OWL bereits neue Leistungsangebote entstanden. So wurde im Jahr 2004 ein »Kompetenznetzwerk Prävention« gegründet, durch das die Kompetenzen im Bereich Prävention weiter ausgebaut werden sollen. Besondere Entwicklungschancen im Bereich Prävention bestehen in den Heilbädern und Kurorten, deren Gesundheitseinrichtungen an der Arbeit des Kompetenznetzwerkes beteiligt sind. Diese Zusammenarbeit ist in den kommenden Jahren zu intensivieren.

Eine weitere Möglichkeit zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Region OWL, insbesondere ihrer Kurorte und Heilbäder, sehen die befragten Experten in zusätzlichen Angeboten für privat zahlende Patienten. Nach Aussage der Experten bieten die Reha-Einrichtungen in OWL Privatzahlern vor allem Wellness-Leistungen an, die dem Streben der Patienten nach Erholung und Erlebnissen entgegenkom-

men. 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 Version 2.0 2005: 98).

Da sich die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen bei ihrem Leistungsspektrum überwiegend auf Marktnischen spezialisieren, 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 Alleinstellungsmerkmal eine zwingende Voraussetzung für ein erfolgreiches Angebot, da in diesem Markt ein starker Konkurrenzdruck durch in- und ausländische Wellness-Hotels besteht, zumal bei Standorten am Meer oder an Seen. Allerdings gibt es Ausnahmen: So positioniert sich das Gräfliche Parkhotel in Bad Driburg erfolgreich im Segment der gehobenen Wellness- und Beauty-Angebote für Privatzahler. Zu prüfen wäre, ob das Risiko hoher Investitionen in Kooperationen und Netzwerken auf die beteiligten Gesundheitseinrichtungen verteilt werden kann und dadurch eher zu tragen ist.

Profilierung der Region OWL als Gesundheitsregion

Die Profilierung der Region OWL als Gesundheitsregion wird von den befragten Experten als überaus wichtig angesehen. Die ostwestfälisch-lippischen Gesundheitseinrichtungen können regionsexterne Kooperationspartner eher gewinnen, wenn OWL als Gesundheitsregion eine hohe Attraktivität besitzt. Insbesondere für die Reha-Einrichtungen ist demnach die Profilierung vor dem Hintergrund, dass um Krankenhäuser als Direktzuweiser ein starker Wettbewerb besteht, »überlebensnotwendig«. Messemer und Margreiter (2003: 156 f.) betonen, dass sich die Reha-Einrichtungen klar positionieren und Krankenhäuser von der Qualität ihres Angebotes überzeugen müssen. Dabei stehen für die Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und ein reibungsloser Prozessablauf im Vordergrund. Ebenso wie regionsexterne kooperierende Leistungsanbieter können privat zahlende Patienten leichter gewonnen werden, wenn durch gemeinsame Maßnahmen eine Profilbildung der gesamten Region OWL erreicht wird.

Die schriftliche Befragung ergab, dass die Reha-Einrichtungen, verglichen mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, am stärksten um Patienten werben. Dies

betrifft sowohl die Werbung um Privatpatienten als auch diejenige um Kassenpatienten. Nach Meinung der Experten bemühen sich aber auch immer mehr Krankenhäuser um die Vermarktung ihrer Leistungen. Allerdings erfolgt die Vermarktung durch die Leistungserbringer bisher weitgehend »im Alleingang«, was nach Aussage der Experten nicht zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der gesamten Region ausreicht.

Zur Vermarktung der Region OWL 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 diverser Anbieter im Jahr 2002 gestartet wurde. Bei den Anbietern handelt es sich um Hotels und Pensionen, Wellness- und Freizeiteinrichtungen sowie Anbieter von Touristen-Informationen (TWT 2005). Die Initiative dient unter anderem der Profilierung der Region gegenüber Privatzählern.

Als weiteres Beispiel für eine gemeinsame Vermarktung der Region kann die Kooperation der »Bauernbäder am Teutoburger Wald« genannt werden, die nicht nur für ihre Einrichtungen werben, sondern zur Profilierung des Gebiets Teutoburger Wald (als Teil von OWL) beitragen, indem sie die für das Gebiet typischen Charakteristika hervorheben (s. Abschnitt 11.4.3). Sie werben beispielsweise auf Gesundheitsmessen, mit Flyern und Internetseiten um Privatpatienten, was in der Region OWL bei Kooperationen bisher unüblich ist. Die Nutzung neuer Vertriebswege hat sich hier als erfolgreich erwiesen. Auch für Gesundheitseinrichtungen und Einrichtungen der Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft 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, sowie die Vermarktung der gemeinsamen Angebote gefördert (Masterplan Gesundheitswirtschaft NRW Version 2.0 2005: 98).

11.3 VORAUSSETZUNGEN FÜR KOOPERATIONEN UND NETZWERKE VON GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

In der organisationstheoretischen und in der Management-Literatur werden allgemeine und spezielle Voraussetzungen für Kooperationen und Netzwerke behandelt, auf die hier im Einzelnen nicht näher eingegangen werden soll (s. z. B. Balling 1998; Mühlbacher 2004; Hensen u.a. 2004; Roeder u.a. 2004; Jacobs/Schröder 2003). Einige ausgewählte Aspekte mögen genügen, bevor anhand von Fallbeispielen für die Region OWL aufgezeigt wird, welche konkreten Voraussetzungen jeweils zum Erfolg beigetragen haben.

Zunächst ist die eigene Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitseinrichtungen Voraussetzung dafür, 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 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 (Porter 1990, 391 f.). Besteht zwischen potenziellen Kooperationspartnern ein Ungleichgewicht, so sind daher bei den wirtschaftlich schwächeren Einrichtungen gegebenenfalls vor Beginn der Kooperation strukturelle Anpassungen notwendig, beispielsweise durch die Konzentration auf Kernkompetenzen und die Auslagerung von Randaktivitäten.

Befürchtungen über eventuelle Imitationen der Kernkompetenzen können vermindert werden, wenn mit Gesundheitseinrichtungen kooperiert wird, mit denen bereits in der Vergangenheit positive Erfahrungen bei Geschäftsbeziehungen gemacht wurden und dementsprechend bereits eine Vertrauensbasis aufgebaut werden konnte. Bucklin und Sengupta (1993: 35, 44) finden in einer empirischen Untersuchung heraus, dass der wahrgenommene Erfolg von Kooperationen umso größer ist, je länger mit den Kooperationspartnern bereits Geschäftsbeziehungen bestanden haben und je stabiler diese gewesen sind. Auch nach Meinung der befragten Experten ist das persönliche Vertrauensverhältnis – zumindest auf Geschäfts-

führungsebene – für den Erfolg von Kooperationen im Allgemeinen ausschlaggebend. Als Beispiel sei der Verbund »Evangelisches Krankenhaus Bielefeld« des Evangelischen Johannes-Krankenhauses, des Krankenhauses Mara und der Krankenanstalten Gilead anzuführen, bei dem die Gründung einer GmbH dadurch ermöglicht wurde, dass im Vorfeld positive Erfahrungen bei Geschäftsbeziehungen gemacht wurden.

Die räumliche Entfernung 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. Speziell für Rehabilitationseinrichtungen sind horizontale Kooperationen nur dann vorteilhaft, wenn die räumliche Distanz nicht zu groß ist und dieselbe Zielgruppe angesprochen wird. In Abschnitt 11.4.3 wird näher auf das Fallbeispiel der »Bauernbäder am Teutoburger Wald« eingegangen. 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 (s. Abschnitt 11.4.1).

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 empfiehlt sich eine schriftliche Absicherung 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, liefert die Darstellung des Ärztenetzwerks »Medizin und Mehr« (s. Abschnitt 11.4.1).

Mit der Gründung einer Kooperation 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 Kooperation. Bei einer geringen Anzahl von Kooperationspartnern oder vielen kleineren Einrichtungen ist dies in der Regel möglich. Beispielsweise werden Pra-

xisnetze 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. Mit großen Kooperationen sind hier vor allem Netzwerke gemeint, daher wird im Folgenden der Begriff »Netzwerkmanagement« verwendet.

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. Ergeben sich bei der Umsetzung Probleme aufgrund des Fehlverhaltens von Kooperationspartnern, ist es notwendig, dass das Management die Befugnis hat, diese zu sanktionieren.

Als ein wesentlicher Aufgabenbereich in kooperierenden Gesundheitseinrichtungen kann der des »Gatekeepers« angesehen werden. 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 ff., 134 ff.)

- 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 Gate-

keepers. 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 »Rundumversorgung« von der Aufnahme der Patienten bis zu ihrer 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 besitzen. Ärzte eignen sich nach Meyer-Lutterloh (in Merke 2000: 424) insbesondere bei vertikalen Kooperationen als Gatekeeper, speziell bei der Zuweisung von Patienten in stationäre Einrichtungen. Die intensivsten Kontakte zu den Patienten besitzen die Hausärzte: 80% bis 90% aller Patienten haben eine feste Hausarztbindung. Hausärzte, die die Rolle des Gatekeepers übernehmen, kennen im Idealfall den Lebensweg, das soziale Umfeld und die Krankengeschichte des Patienten (IGSF 1996: 108). Allerdings besitzt nach Meyer-Lutterloh der Großteil der Hausärzte keine entsprechende betriebswirtschaftliche Qualifikation, um als Gatekeeper einsetzbar zu sein. Abgestimmte Bildungs- und Weiterbildungsangebote könnten diesen Mangel jedoch ausgleichen.

In der Region OWL 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 so genannte »Lotsen für Gesundheitsinfos« ein, die den Patienten während ihres stationären Aufenthalts qualitätsgesicherte Informationen liefern (OWL Marketing GmbH 2004: 30). Den befragten Experten zufolge werden Gatekeeper zunehmend benötigt, wenn Gesundheitseinrichtungen an der integrierten Versorgung teilnehmen und die Patienten über die Vorteile integrierter Leistungen aufklären wollen.

Ein gemeinsames Qualitätsmanagement dient dazu, eine ähnliche Leistungsfähigkeit der Kooperationspartner zu gewährleisten. Das Qualitätsmanagement beinhaltet die Qualitätsplanung, -kontrolle, -sicherung und -verbesserung und soll sowohl auf die Patienten als auch auf die Mitarbeiter zugeschnitten sein (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 es, mögliche Schwächen in der Prozesskette aufzudecken und zu beseitigen, um somit eine Effizienzsteigerung zu erreichen. Zur

Verbesserung der Prozessabläufe können Vergleiche – das so genannte 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 Steuerungsmechanismus) beitragen, das die Qualität der Leistungen messbar und somit Probleme bei der Leistungserbringung transparent macht (Mühlbacher 2002: 76).

Anreize zur Qualitätsverbesserung bzw. zum Qualitätswettbewerb werden auch durch den Gesetzgeber geschaffen. Krankenhäuser haben seit dem Jahr 2005 die Pflicht, 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 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 werden in § 137 Abs.1 SGB V festgelegt. Demnach müssen die Krankenhäuser bekannt geben, ob sie die Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität erfüllen und ob sie die Mindestmengen bestimmter planbarer Leistungen umgesetzt haben (Selbmann 2004: 712).⁴²

Studien zufolge können vertikale Kooperationen, bei denen gemeinsam Gesundheitsleistungen erbracht werden, zu Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen führen, 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: 256f.). Ein gemeinsames Wissensmanagement der kooperierenden Einrichtungen kann zu langfristigen Wettbewerbsvorteilen führen, da das Wissen gebündelt wird und somit gemeinsam genutzt werden kann. Beispielsweise kann durch die Einrichtung von Datenbanken, die alle Kooperationspartner nutzen können, eine gemeinsame Dokumentation der Patientendaten (Diagnosen, Röntgenbilder, Medikationen etc.) in so genannten »Elektronischen Krankenakten« ermöglicht werden, soweit die Patienten dazu ihr Einverständnis geben (Landesregierung NRW 2004: 62). Die Patientendaten sind jedem beteiligten Leistungserbringer nach Maßgabe seiner Zugangsberechtigung zur Verfügung zu stellen. Bei Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung sind nach § 140 b SGB V die Dokumentation

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

der Patientendaten und der Datenaustausch zwischen den Kooperationspartnern durch das Management zu gewährleisten: Es ist eine ausreichende Dokumentation sicherzustellen, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich ist (DKG 2002: 16). Da es sich bei den Patientendaten um sehr sensible Daten handelt, ist dem persönlichen Datenschutz beim Informationsaustausch ein hoher Stellenwert einzuräumen.

In der Region OWL bietet das Herz- und Diabeteszentrum in Bad Oeynhausen mit seinem Kommunikationssystem ein Musterbeispiel, da es die bundesweit modernsten Techniken der Telemedizin einsetzt. Patienten mit künstlicher Herzklappe können ihre Medikamentendosis zur Blutverdünnung selbstständig zu Hause anpassen. Sie geben ihre Daten telefonisch an ein telemedizinisches Zentrum weiter, wo sie von einem Arzt laufend überprüft werden. Eine aktive Beteiligung und Eigenverantwortung der Patienten bei ihrer Therapie führten bereits zu einer deutlichen Senkung der Komplikationsrate von Thrombosen. Telemedizin ermöglicht gegenüber herkömmlichen Verfahren eine erhebliche Senkung des zeitlichen und finanziellen Aufwands der Datenkontrolle (OWL Marketing 2004: 25).

Die Einrichtung eines gemeinsamen Kommunikationssystems bedeutet allerdings für kooperierende Einrichtungen in den meisten Fällen eine Umstellung auf ein neues IT-System. Arztpraxen nutzen beispielsweise derzeit 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 (Amelung/Schumacher 2000: 33).

Im folgenden Abschnitt 11.4 wird anhand von Fallbeispielen veranschaulicht, unter welchen konkreten Voraussetzungen es bei ihnen zur Gründung der Kooperationen kam und wie diese erfolgreich weiterentwickelt wurden. 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 OWL eine Vorbildfunktion ein, da jede von ihnen auf ihre Weise innovativ und in der Region einmalig ist.

11.4 FALLBEISPIELE FÜR ERFOLGREICHE KOOPERATIONEN UND NETZWERKE IN DER REGION OSTWESTFALEN-LIPPE

11.4.1 Gemeinsame Versorgung durch ambulante Einrichtungen – Die Ärzteinitiative »Medizin und Mehr«

Die folgenden Ausführungen beruhen auf Experteninterviews im März 2003 und Mai 2004. Das Ärztenetzwerk »Medizin und Mehr« (MuM) ist eine Initiative von Ärzten verschiedener Fachrichtungen im Versorgungsgebiet der Städte Bünde, Rödinghausen und Kirchlengern im Kreis Herford. Ausschlaggebend für die Gründung des Netzwerks durch Robert Kluger, Allgemeinmediziner in Bünde, war der Gedanke an eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der teilnehmenden Praxen. Erste Vorbereitungen für die Gründung des Netzwerks wurden im Juli 1996 getroffen. Aufgrund einer wachsenden Fremdbestimmung durch die Kostenträger und steigender Kosten kam es durch Initiative von Kluger zu einem Treffen einer kleinen Gruppe von Ärzten. Es entstand die Idee, ein Ärztenetzwerk mit einem alternativen Honorarmodell zu gründen, um eine verlässliche betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage zu schaffen. Die Verteilungskämpfe und das »Einzelkämpferdasein« der Ärzte sollten dadurch eingedämmt werden.

Im Dezember 1996 wurde ein Treffen organisiert, zu dem alle 63 im Versorgungsgebiet Bünde, Rödinghausen und Kirchlengern ansässigen Ärzte eingeladen wurden. Es kam zur Gründung der Initiative »Medizin und Mehr«, an der 43 Ärzte beteiligt waren. Das Ärztenetzwerk »MuM« war eines der ersten Deutschlands. 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 V. Sozialgesetzbuch formulierten Modellvorhaben dar, die neue Kooperationsformen erproben sollten. Im Jahr 1997 wurden durch die GKV-Neuordnungsgesetze (GKV-NOGs) die Optionen für Modellvorhaben erweitert und Strukturverträge eingeführt. Sie ermöglichten es den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen, neue Kooperationsformen mit differenzierten Honorierungssystemen zu vereinbaren. Anliegen des Gesetzgebers war es, mit neuen Kooperationsformen der Leistungserbringer Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und die Qualität der Versorgung zu verbessern (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004: 116f., 164f., 217f.).

Da eine wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben gemäß §§ 63-65 SGB V gesetzlich vorgeschrieben ist, nahm das Ärztenetzwerk mit der Fakultät für Gesund-

heitswissenschaften der Universität Bielefeld Kontakt auf. Die Evaluation erfolgte durch die Arbeitsgruppe Management im Gesundheitswesen. Gleichzeitig wurde im Ärztenetzwerk ein internes Management aufgebaut und eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründet. 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 rückwirkend zum vierten Quartal 1997 abgeschlossen und anfänglich auf eine Laufzeit von vier Jahren begrenzt. Er wurde später bis zum Jahr 2006 verlängert.

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 im Versorgungsgebiet Bünde, Rödinghausen und Kirchlengern rund 90% der ansässigen Ärzte in das Netzwerk integriert.⁴³ Sie versorgten im Einzugsgebiet rund 70.000 Patienten und wiesen pro Jahr rund 220.000 Patientenkontakte auf.

Honorarmodell

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 zugrunde gelegt. Pro Quartal werden den Ärzten praxis- bzw. fachgruppenspezifische Fallpauschalen gezahlt. Darüber hinaus 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 berücksichtigt, so dass ein Arzt, der mehr investiert, einen größeren Anteil vom Budget erhält. An- und Abschaffungen werden regelmäßig neu bewertet und von den Ärzten untereinander kontrolliert.

Die Erfahrungen der letzten sieben Jahre mit dem Modell zeigen, dass die verfolgten Ziele erreicht werden. Die selbstbestimmte Aufteilung der Gesamtvergütung nach praxisindividuellen Leistungsprofilen 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 Investitionen eher möglich. Ein weiterer Vorteil des Honorarmodells ist, dass die Verwaltungstätigkeiten zur Honorarberechnung abgebaut wer-

43 Stand: Mai 2004.

den. 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 1.000 Einzelleistungen bzw. 20% der Leistungen weniger als nicht vernetzte Ärzte in NRW, wie die Evaluation der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld ergab. Kritikern zufolge könnte ein Leistungsrückgang auch darauf zurückzuführen sein, dass durch die Vergütung in Form von Fallpauschalen der Anreiz geringer ist, alle notwendigen Leistungen zu erbringen (von Essen 1998: 82; Schmidt 2002: 56). Die Gesundheitswissenschaftliche Fakultät der Universität Bielefeld wies allerdings nach, dass die ambulante Versorgung durch die Ärzte des Netzwerks nicht schlechter geworden ist. Der Rückgang der Leistungen ist nicht mit einem Rückgang des Qualitätsniveaus gleichzusetzen, da durch die teilnehmenden Ärzte wesentlich mehr Investitionen getätigt werden als früher. Auch weitere negative Aspekte, die durch pauschale Vergütungssysteme entstehen könnten, wie Risikoselektion oder Leistungspositionierung, sind im Ärztenetzwerk nicht aufgetreten. Wie interne Befragungen ergaben, zeigen sich alle teilnehmenden Ärzte mit dem Modell zufrieden.

Organisationsstruktur

Neben dem Honorarmodell haben die Mitglieder des Ärztenetzwerks in den letzten Jahren weitere Projekte ins Leben gerufen. Es wurden insgesamt sechs Gesellschaften und fünf Arbeitsgruppen gegründet, die in Abbildung 58 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 Bündler Immobilie (teilweise in Eigenarbeit) zu einem Gesundheitszentrum um. Die Forum Dienste GmbH agiert als Investor. Die Mieter des Gebäudes sind die netzeigenen Gesellschaften, die in Abbildung 58 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. Das sind Leistungen, die nicht von den Krankenkassen getragen und somit von den Patienten privat bezahlt werden,

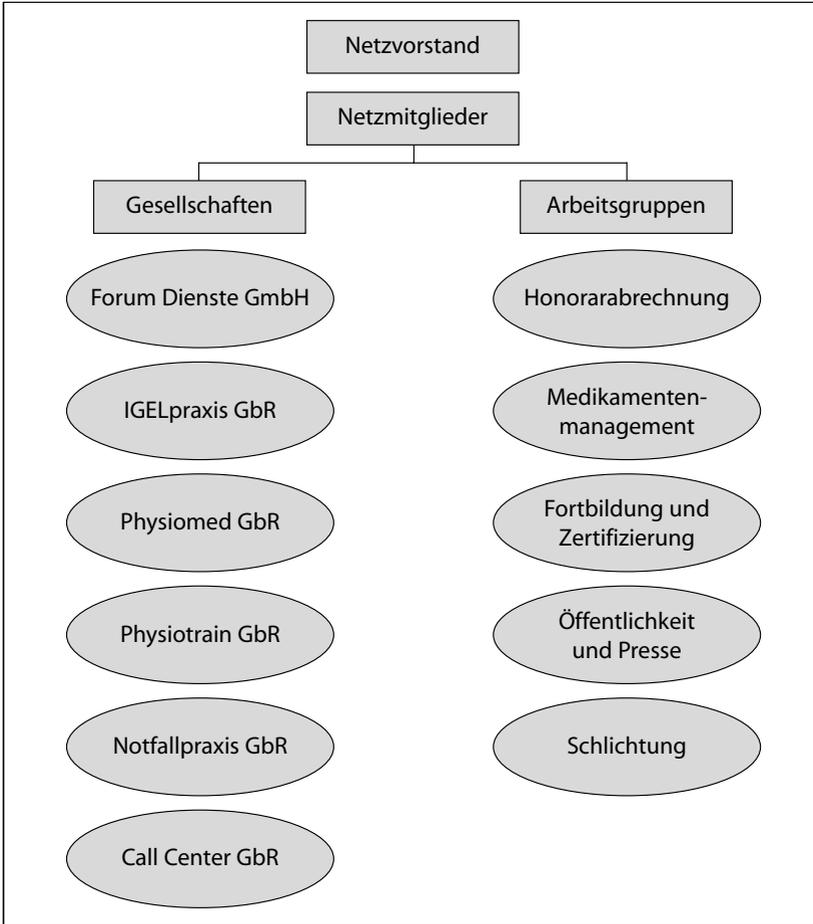
beispielsweise spezielle Naturheilverfahren (DKG 2004 b: 31).⁴⁴ Die physiotherapeutische Praxis bietet ein ganzheitliches, auf Prävention ausgerichtetes Behandlungskonzept in der Krankengymnastik an. Im Zentrum für medizinische Trainingstherapie wird für die Patienten ein individuelles Trainingskonzept erstellt. Das Training wird von medizinischem Fachpersonal betreut. Eine weitere wesentliche 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 die Anrufe der Patienten im Call-Center, eine zusätzliche Einrichtung neben der Notfallpraxis, welche die Steuerung des Notdienstes und die Betreuung chronisch kranker Patienten übernimmt. Mitarbeiter des Call-Centers sind medizinisch ausgebildete Fachkräfte mit langjähriger praktischer Erfahrung.

Neben den genannten Gesellschaften gibt es im Netzwerk fünf Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themengebieten. Eine der Arbeitsgruppen kümmert sich beispielsweise um die zertifizierte Fortbildung der Ärzte und Arzthelfer und die Schulung der Patienten. Dazu betreibt 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 ist die Telemedizin zur Erstellung von Notfallakten und zum Datentransfer mit dem regionalen Krankenhaus.

44 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.).

Abbildung 58: Organisationsstruktur des Ärztenetzwerkes »Medizin und Mehr«



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

Vorteile für die teilnehmenden Ärzte und Patienten

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 sind, können gemeinsam getätigt werden. Dazu gehören sämtliche Angebote im Bündel Gesundheitszentrum. Durch die gemeinsame Nutzung von Einrichtungen, z. B. von Seminarräumen, können Kosten reduziert werden. Die Teilnehmer des Netzwerkes kaufen Ge- und Verbrauchsgüter für die eigene

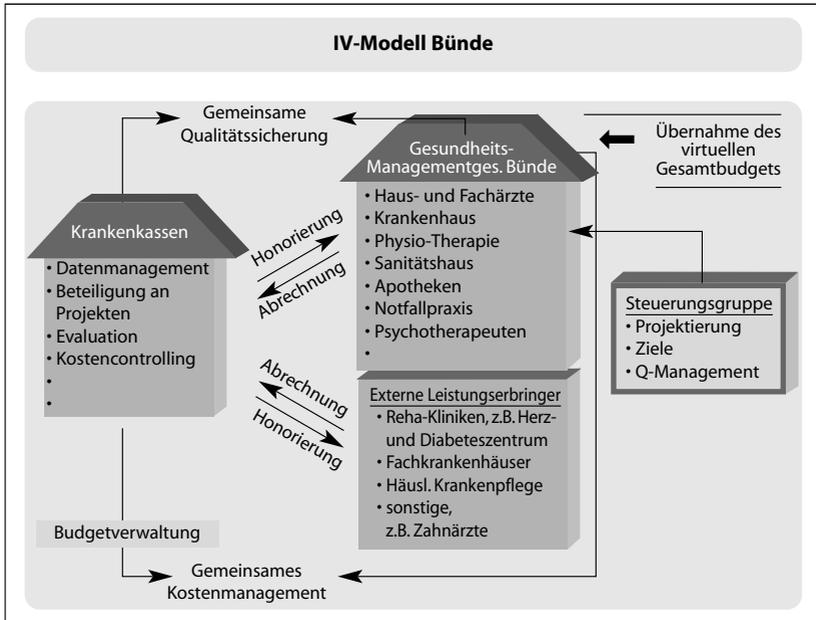
Nutzung auch gemeinsam ein, so dass mit den Lieferanten günstigere Preise ausgehandelt werden können. Für die Auszubildenden wird ein Rotationsverfahren angeboten, bei dem sie die Möglichkeit haben, die Praxen verschiedener Mitglieder kennen zu lernen.

Wie die Evaluation der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld zeigt, sind die Patienten mit den Leistungen der Ärzte zufriedener und schätzen das Vertrauensverhältnis zu ihnen als verbessert ein. Die Patienten profitieren außerdem vom Ärztenetzwerk, weil sie Leistungen in Anspruch nehmen können, die über die normalen Leistungen der Ärzte hinausgehen: z. B. individuelle Gesundheitsleistungen und Schulungen. Die Information der Patienten über solche Angebote erfolgt durch Öffentlichkeitsarbeit, für die eigens eine Arbeitsgruppe eingerichtet wurde. Seit der Gründung des Netzwerks ist die Anzahl der Überweisungen von Patienten an stationäre Einrichtungen zurückgegangen. Dies könnte mit dem Informationsaustausch zwischen den Netzwerkärzten zusammenhängen.

Das Ärztenetzwerk als Anbieter integrierter Versorgung

Die Mitglieder des Netzwerks sehen die Mitwirkung bei der integrierten Versorgung als wichtige Herausforderung an (Kluger 2004b). Bereits 1999 wurde mit anderen Leistungsanbietern ein umfassendes Konzept für die integrierte Versorgung geplant und laufend weiterentwickelt. Für denkbar halten die Bündler Ärzte die Gründung einer Managementgesellschaft zusammen mit weiteren Leistungsanbietern (bis hin zur Betreuung von Krankenhäusern). Vorgespräche haben bereits stattgefunden. Die Managementgesellschaft könnte die Budgetverantwortung für das gesamte Versorgungsgebiet der Städte Bünde, Rodinghausen und Kirchlengern übernehmen. Das Konzept des Bündler Ärztenetzwerks zur integrierten Versorgung veranschaulicht Abbildung 59.

Abbildung 59: Modell einer integrierten Versorgung in Bünde



Quelle: Kluger 2004b: 12.

Wie Abbildung 59 zeigt, ist eine enge Zusammenarbeit der Managementgesellschaft mit den Krankenkassen beim Qualitäts- und Kostenmanagement vorgesehen. Diese beiden Managementaufgaben stehen im Vordergrund, wenn die beteiligten Leistungserbringer die Budgetverantwortung für das gesamte Versorgungsgebiet übernehmen. 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 verbessern. Das Konzept wurde den Landesverbänden der Kostenträger Ende Januar 2004 vorgelegt. Einige Krankenkassen signalisierten bereits ihre Beteiligung bei der Umsetzung. Bisher ist allerdings noch keine Entscheidung gefallen (Stand: Mai 2004).

Mit seinem Konzept der integrierten Versorgung kann das Bündler Ärztenetzwerk als Vorreiter bezeichnet werden. Dass die Initiative für ein Projekt zur integrierten Versorgung von Seiten der ambulanten Leistungserbringer ausgeht und mit der Versorgung ein gesamtes Versorgungsgebiet einbezogen werden soll, stellt in der Region OWL ein Novum dar. Da die einzelnen Teilprojekte, die das Konzept

zur integrierten Versorgung umfasst, bereits in ähnlicher Form im Bündler Ärztenetzwerk erprobt und kontinuierlich verbessert worden sind, kann bereits auf ein entsprechendes Know-how bei der Umsetzung zurückgegriffen werden.

11.4.2 Kooperationen aufgrund neuer Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung – 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 (Stand: Oktober 2004). Es handelt sich um Krankenhausträger des Kreises Gütersloh und der kreisfreien Stadt Bielefeld, die sich eine Ausbildung in den Pflegeberufen zum Ziel gesetzt haben. Die folgenden Ausführungen basieren auf einem Experteninterview im Februar 2003 und auf Materialien der ZAB von 2004.

Die Gründung der ZAB

Die Einrichtung einer zentralen Ausbildungsstätte kam nach drei Jahren der Planung im November 1996 zustande, und zwar in Form eines Modellprojektes des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Ausbildungsstätte wurde bei ihrer Gründung »Zentrale Ausbildungsstätte für Pflegeberufe« (ZAP) genannt und war anfangs eine Abteilung der Westfälischen Klinik Gütersloh. Später wurde sie auf dem Klinikgelände ausgegliedert. Die ZAP stellte zu Beginn 170 Ausbildungsplätze zur Verfügung, die in etwa dem Bedarf der Region entsprachen. Nach Aufnahme weiterer Kliniken in den Trägerverbund wurde die ZAP im Jahr 2003 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. Durch die gemeinsame Ausbildung werden Größen- und Verbundvorteile erzielt. 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 Angebotspektrum, das sich am Bedarf der Region OWL orientiert. Durch die Vernetzung der Krankenhäuser in der Ausbildung werden den Auszubildenden bessere Qualifizierungsmöglichkeiten und damit bessere Berufsperspektiven geboten, als sie ein einzelnes Krankenhaus anbieten kann. Aufgrund des größeren Mitarbeiterteams fließen breitere und spezialisierte Fachkenntnisse in die theoretische und praktische Ausbildung. Es entstehen somit auch Größenvorteile bei der Qualitätssicherung der Ausbildung. 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. Den Krankenhäusern ist dadurch die Möglichkeit gegeben, unter den Auszubildenden eine spezifische Auswahl für die jeweiligen Fachabteilungen zu treffen. Außerdem kann die ZAB aufgrund der gebündelten Ressourcen neue Ausbildungsgänge anbieten. Hervorzuheben ist die Ausbildung zum operationstechnischen Assistenten, deren Absolventen teilweise auch überregional nachgefragt werden. Für ihre Ausbildungsarbeit erhielt die ZAB im Jahr 2002 den »Ausbildungs-Oskar in Gold«, einen Förderpreis der Wirtschaftsjuvenen Deutschlands. Diese Auszeichnung wird jährlich für die beste Ausbildungsinitiative verliehen.

Modularisierung der Ausbildung

Ziel der ZAB ist eine flexible Ausbildung, bei der in Form von Modulen verschiedene Aus- und Fortbildungsgänge miteinander verknüpft werden. Die Auszubildenden sollen für jedes Modul, das sie absolvieren, eine zertifizierte Teilqualifikation bekommen. Um einen Berufsabschluss zu erreichen, müssen bestimmte Module absolviert worden sein. Nach abgeschlossener Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf soll die Möglichkeit bestehen, über die Absolvierung weiterer Module einen zusätzlichen Abschluss in einem anderen Gesundheitsfachberuf zu erreichen, ohne dafür eine vollständige weitere Ausbildung durchlaufen zu müssen. Bei einer Umsetzung der Modularisierung der Ausbildung durch die ZAB ist zu erwarten, dass sich nicht nur der Ablauf und die Inhalte der Ausbildung verändern, sondern auch dadurch Ressourcen besser genutzt werden, dass einzelne Module in der Ausbildung verschiedener Gesundheitsfachberufe gleichsam gemeinsame Schnittmengen bilden.

Kooperationen der ZAB

Die ZAB hat sich zur Aufgabe gemacht, Kooperationen mit Zulieferern zu pflegen, um von ihnen Informationen über Produktinnovationen zu gewinnen. Eine qualitativ hochwertige Ausbildung beinhaltet den kompetenten Umgang mit Produktinnovationen. Auf der anderen Seite können die Hersteller von den Krankenhäusern der ZAB Informationen über neue Produkthanforderungen gewinnen, die bei der Entwicklung von Produktinnovationen Berücksichtigung finden. Kooperationen zwischen den Herstellern und den Krankenhäusern der ZAB kommen allerdings bisher nur »nach dem Zufallsprinzip« bzw. über persönliche Beziehungen zustande. Die ZAB will erreichen, dass solche Kooperationen in Zukunft stärker institutionalisiert werden.

Die ZAB pflegt Kooperationen mit Haupt-, Realschulen und Gymnasien, um die Schüler schon frühzeitig mit dem Angebot an Ausbildungsplätzen für Pflegeberufe bekannt zu machen. Bei der Vorstellung der Pflegeberufe in den Schulen wird nach Möglichkeit versucht, die Berufsberater der Arbeitsämter einzubeziehen. Diese zeigten anfangs nur wenig Neigung, auf das Know-how der ZAB zuzugreifen. Inzwischen ändert sich diese Einstellung. Die ZAB möchte auch die Zusammenarbeit mit den Schulen und Arbeitsämtern zu einer festen Institution machen.

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 werden von demjenigen Krankenhaus getragen, das die Angebote in Anspruch nimmt. Es kann sich auch um Krankenhäuser handeln, deren Träger nicht an der ZAB beteiligt sind. Damit 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 wie Tennis, Kegeln, Golf, Sauna etc. Diese Angebote nutzen auch Nachfrager aus anderen Regionen.

11.4.3 Horizontale Kooperationen von Rehabilitationseinrichtungen – Die »Bauernbäder am Teutoburger Wald«

Das Netzwerk »Bauernbäder am Teutoburger Wald« wird als Fallbeispiel vorgestellt, da Kooperationen auf horizontaler Ebene zwischen rechtlich unabhängigen Reha-

Einrichtungen – um die es sich bei den Bauernbädern handelt – in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippes nur selten vorkommen. Kontakte auf horizontaler Ebene, die derzeit bestehen, gehen 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 («Gesundbrunnen»). Versorgt wurde vor allem die ländliche Bevölkerung aus der Umgebung. Für auswärtige Badegäste standen in der Regel Unterkünfte zur Verfügung (Wiehengebirgsklinik Holsing 2004b).

Die Blütezeit der Bauernbäder lässt sich auf Mitte des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts eingrenzen. In ganz Westfalen wurden ca. 120 nachweisbare Gesundbrunnen – die zum größten Teil Bauernbäder waren – genutzt. Die meisten von ihnen befanden sich in OWL, vor allem in der Nähe des Weserberglandes und des Wiehengebirges (Kaspar 1993: 13-19). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurden immer mehr Bauernbäder stillgelegt, da sie dem Wettbewerbsdruck durch die größeren Bäder und Staatsbäder nicht standhalten konnten.

Einordnung der Bauernbäder in die Bäderlandschaft

Die Bauernbäder sind 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 existieren in OWL derzeit acht Bauernbäder. Sieben von ihnen befinden sich im Kreis Herford, ein weiteres im Kreis Minden-Lübbecke. Bauernbäder sind sonst nur noch in Österreich bekannt. Die Bezeichnung »Bauernbad« wird nach Kenntnis des Österreichischen Heilbäder- und Kurortverbandes allerdings nur in Tirol verwendet (Auskunft vom 02.06.2004).

Die deutschen »Bauernbäder« wurden nicht vom Deutschen Heilbäderverband und vom Deutschen Tourismusverband zertifiziert. Ihre Bezeichnung ist geschichtlich begründet; sie wird gegenwärtig vor allem für Marketingzwecke genutzt. Vier der acht Bauernbäder haben sich im Jahr 2002 zur Arbeitsgemeinschaft »Bauernbad« zusammengeschlossen, zu einem Netzwerk, das den Gedanken der traditionellen Badekur pflegen soll (Experteninterview Moorland Bad Senkelteich; Wiehengebirgsklinik Holsing 2004a). Die kooperierenden Bauernbäder wollen gemeinsam ihre Wettbewerbsfähigkeit steigern und dadurch Marktanteile und

Arbeitsplätze sichern. Dies soll vor allem über die Erschließung neuer Marktsegmente erreicht werden, aber auch über eine stärkere Bindung und eine längere Aufenthaltsdauer der Gäste. Das Netzwerk ist langfristig angelegt. Vereinbarungen wurden bisher nicht schriftlich 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«. 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 versorgen; sie bieten dasselbe Heilmittel (Moor) an und haben ihre Standorte in einer ruhigen Umgebung mit attraktiven Ausflugszielen.

Im Juni 2003 wurden ein gemeinsamer Verbundprospekt und ein Flyer mit jeweils 5.000 Exemplaren erstellt, die auf Fachmessen, z. B. der Touristikmesse in Köln, verteilt wurden und in den Einrichtungen des Netzwerkes auslagen. Diese erste Auflage ist seit Anfang des Jahres 2004 vergriffen. Neben dem Verbundprospekt und dem Flyer gibt jede Einrichtung einen eigenen Prospekt heraus. Die Bauernbäder werben für ihren Verbund auch über Anzeigen. Jede Einrichtung besitzt eine eigene Homepage. Bad Senkelteich ermöglicht den 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 durch den Sender kein kommunikationspolitisches Instrument im eigentlichen Sinne darstellt.

Unabhängig von der Kooperation der Bauernbäder vertreiben die Einrichtungen ihre Leistungen über verschiedene Touristikkommunitäten, z. B. sind drei der vier kooperierenden Bauernbäder im Katalog »Teutoburger Wald Wellness 50plus« vertreten. Sie sind Mitglieder der Initiative »TeutoWellness 50plus«, die vom Teutoburger Wald Tourismus e. V. ins Leben gerufen worden ist. 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-Kategorie 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. Wie Gästebefragungen ergeben haben, ist die Zunahme vor allem auf die Verteilung von Prospekten und Flyern bei Messen zurückzuführen. Allerdings wurden der Verbundprospekt und der eigene Prospekt zusammen in einer Mappe verteilt, so dass der Erfolg nicht direkt einem der beiden Prospekte zugerechnet werden kann. Die Bauernbäder gehen jedoch davon aus, dass es einen positiven Effekt des gemeinsamen Marketings durch das Netzwerk gibt und sich dieser noch vergrößern wird. Bei den Auswirkungen der Marketingmaßnahmen wird mit einer zeitlichen Verzögerung von bis zu fünf Jahren gerechnet. Im Juni 2004 wurde der gemeinsame Flyer deshalb auch neu aufgelegt. Er beinhaltet Pauschalangebote für unterschiedliche Aufenthaltsdauern, die jedes Bad zu einheitlichen Preisen anbietet. Jedes Bauernbad verpflichtete sich, bei Prospektanfragen auch den gemeinsamen Flyer mitzusenden. Einen gemeinsamen Verbundprospekt soll es jedoch nicht mehr geben.

Ein einheitlicher Qualitätsstandard der kooperierenden Bauernbäder soll bisher vor allem über die gemeinsame Weiterbildung der Mitarbeiter erreicht werden. Die Bauernbäder bieten daher ausgewählten Mitarbeitern eine Weiterbildung zum »Bauernbadmeister« an. Diese wird mit einem informellen Zertifikat der Bauernbäder abgeschlossen. Im Rahmen der Weiterbildung werden die Mitarbeiter über zwei Jahre geschult, insbesondere in den Bereichen Kommunikation (Telefontraining, Gesprächsführung etc.) und Konfliktmanagement. Auch andere Mitarbeiter, die nicht das Zertifikat erwerben wollen, können an Schulungen teilnehmen. Weitere Fortbildungen werden zum Teil gemeinsam durchgeführt, soweit die Kapazitäten es erlauben. Zum Erreichen eines einheitlichen Qualitätsstandards ist aber nicht nur ein angeglichenes Know-how der Mitarbeiter notwendig, sondern auch eine vergleichbare sachliche Ausstattung. Diesbezüglich unterscheiden sich die Einrichtungen weiterhin.

Die Bemühungen der Bauernbäder, einen gemeinsamen Qualitätsstandard zu erreichen, haben einen positiven Einfluss auf ihre Innovationstätigkeit. Das Leistungsangebot wird aufgrund von Benchmarking ständig verbessert. Die Netzwerkpartner vertreten die Auffassung, dass sie durch gegenseitigen Einblick in die Prozessabläufe gemeinsam erfolgreicher werden. Der Wettbewerb spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Das Netzwerk wurde in der Anfangsphase durch externe Bera-

ter unterstützt. Die Bauernbäder sind nun auf sich allein gestellt. In der Regel zeigt sich bei Kooperationen erst in dieser Phase, ob sie dauerhaft erfolgreich sind.

Erfolgsfaktor: Ansprache ähnlicher Zielgruppen

Bei den Gästen ist zwischen »Zugewiesenen« und »Selbstentscheidern« zu differenzieren. In der Regel nehmen auch die von den Krankenkassen zugewiesenen Patienten zusätzliche privat zu zahlende Leistungen in Anspruch. Unter den Selbstentscheidern können auch Patienten sein, deren Rehabilitation die Krankenkasse bezahlt, denn diese hat bei der Bestimmung der Reha-Einrichtung berechnete Wünsche des Patienten zu berücksichtigen (§ 9 Abs.1 SGB IX). Die derzeitigen Marketing-Maßnahmen der Bauernbäder richten sich vornehmlich an die Selbstentscheider (nicht an Krankenkassen oder andere Gesundheitseinrichtungen). In Bad Senkelteich liegt der Anteil der Selbstentscheider beispielsweise bei ca. 20-30%; die Einrichtung Pivittskrug behandelt nur Selbstentscheider.

Ein gemeinsames Marketing ist nur dann sinnvoll, wenn die Einrichtungen mit ihren Leistungsangeboten bei ihren Gästen ähnliche Präferenzen ansprechen. Dies ist bei den Bauernbädern der Fall. 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 dieser Altersgruppen haben nach Aussage der Vertreter der Einrichtungen ähnliche Präferenzen. 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 in den Zielgruppen, die eine Kooperation im Marketing begünstigen, unterscheiden sich die Selbstzahler aufgrund ihrer unterschiedlichen Krankheitsbilder hinsichtlich der von ihnen gewünschten Gesundheitsdienstleistungen. Die Bauernbäder sind denn auch auf unterschiedliche Leistungen spezialisiert, was Spielräume für Konkurrenz eröffnet.

Erfolgsfaktor: Spezialisierung

Neben den Ähnlichkeiten der Bauernbäder, auf denen das gemeinsame Marketing basiert, bieten die Bäder spezielle Leistungen an, durch die sie sich unterscheiden. Nach Aussagen von Vertretern dieser Bauernbäder wäre es ohne die Spezialisierungen wahrscheinlich zu keiner Marketingkooperation gekommen. Denn die Spezialisierungen gewährleisten, dass innerhalb der im Wesentlichen gleichen Zielgruppe Gäste mit verschiedenen Leistungsanforderungen versorgt werden. Anfangs verfolgten die Einrichtungen daher auch die Strategie, gleichzeitig die Inan-

spruchnahme verschiedener Leistungen mehrerer Einrichtungen zu erreichen (durch die erwähnte »Quartettpauschale«). Dieses Angebot wurde jedoch von den Gästen nicht im gewünschten Umfang angenommen, weil vor allem folgende Voraussetzungen nicht erfüllt waren: Die Einrichtungen boten keinen gemeinsamen Qualitätsstandard, die angebotene Aufenthaltsdauer war zu kurz und die räumliche Distanz zwischen den Bauernbädern zu groß, um die Inanspruchnahme der Leistungen verschiedener Einrichtungen ohne einen spürbaren zusätzlichen Aufwand zu ermöglichen.

Unterschiedliche Leistungen stellen jedoch insofern einen Erfolgsfaktor für das gemeinsame Marketing dar, wie den potenziellen Nachfragern eine größere Anzahl von Alternativen zur Verfügung gestellt wird, aus denen sie wählen können. Werden derartige Leistungen im Verbund angeboten, so werden Vergleichsmöglichkeiten hinsichtlich der Qualität und Preise geschaffen (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997: 255). Die Einrichtungen können dadurch »Verbundeffekte« nutzen: Durch die Präsentation des gemeinsamen Leistungsangebotes entsteht eine größere Sogwirkung auf die Nachfrager, als wenn die Einrichtungen ihre Leistungen jeweils allein präsentieren.

Auch diejenigen Einrichtungen des Netzwerks, die von hinzugewonnenen Nachfragern nicht zuerst ausgewählt werden, profitieren langfristig von der Zusammenarbeit. 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 erwarten, dass die Nachfrager »Markentreue« gegenüber der »Marke Bauernbad« beweisen und bei einer erneuten Inanspruchnahme von Reha-Leistungen eher zwischen den übrigen Bauernbädern des Netzwerks auswählen als netzwerkexterne Reha-Einrichtungen in Anspruch zu nehmen. Die Einrichtungen können somit durch Werbung mit der »Marke Bauernbad« gemeinsam an Attraktivität gewinnen und ein größeres Marktpotenzial erschließen, als es ihnen jeweils allein möglich ist.

Erfolgsfaktor: Räumliche Nähe

Nach Aussage der Vertreter der Bauernbäder ist bei Nutzung der bisherigen Kommunikationstechnologie (Internet, Fax und Telefon) die Entfernung von maximal 45 km zwischen den Netzwerkpartnern akzeptabel, weil für das gemeinsame Marketing häufige Treffen notwendig sind. Den Bauernbädern sind regelmäßige persönliche Gespräche sehr wichtig, da sie untereinander eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Atmosphäre wahren möchten. Unter Einsatz neuer Technologien (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 gemeinsamen 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

Folgende Handlungsempfehlungen zur Qualität der Leistungen lassen sich aus den bisherigen Erfahrungen des Netzwerkes Bauernbäder ableiten:

■ Mitarbeiterqualifizierung

Der Mitarbeiterqualifizierung kommt im Rahmen der Bemühungen um Qualitätsverbesserungen und Innovationen, aber auch bei der Umsetzung der Marketingziele eine große Bedeutung zu (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997: 134, Freyer 2001: 671 f.). Die Bauernbäder sollten ihren Mitarbeitern daher die Möglichkeit bieten, sich kontinuierlich weiterzubilden.

■ 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 können, 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 neue Ideen hervorgebracht und umgesetzt werden. Die erfolgreiche Verwirklichung von Maßnahmen kann mit Prämien verbunden werden (siehe auch Brinkmann 1999; Neges 1991; Thom 1991).

■ Zufriedenheitsforschung

Nur zufriedene Gäste entwickeln Kundentreue und betreiben Mund-zu-Mund-Werbung. Da Zufriedenheit als Leistungsergebnis und die damit verbundenen qualitativen Einschätzungen zu einem hohen Maße subjektiv sind, sollten sich

die Bauernbäder bemühen, Informationen über die Einschätzung der Gäste hinsichtlich des erlebten Aufenthalts zu erhalten. Daher sollten ex-post-Befragungen der Gäste durchgeführt werden (Freyer 2001: 76). Es bietet sich an, über Fragebögen, die in den Einrichtungen ausgelegt werden, Bedenken, Probleme und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der angebotenen Leistungen zu erfahren. 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, aus eigenem Antrieb Informationen abzurufen (Nieschlag/Dichtl/Hörschgen 1997: 559f.). Eine weitere Informationsquelle zur Zufriedenheit der Gäste sind Reklamationen.

Handlungsempfehlungen für das gemeinsame Marketing

Für das gemeinsame Marketing lassen sich ebenfalls Handlungsempfehlungen aus den bisherigen Erfahrungen des Netzwerkes Bauernbäder ableiten:

■ Präsentation der »Marke Bauernbad« im Internet

Das gemeinsame Marketingkonzept sollte das Ziel verfolgen, die »Marke Bauernbad« in den Vordergrund zu stellen. Die Darstellung der 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, sie ist aber nicht im Internet präsent. Die Besonderheiten der Bauernbäder sollten auch auf den Internetseiten explizit hervorgehoben werden.

■ Differenzierung der Ansprache nach der Aufenthaltsdauer und Hervorhebung der Erreichbarkeit

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 aus den angrenzenden Regierungsbezirken an. Insbesondere für Einwohner des Ruhrgebietes ist die Reiseregion Teutoburger Wald attraktiv. Ihnen sollte im Katalog oder in Werbeanzeigen die schnelle Erreichbarkeit der Bauernbäder vermittelt werden.

■ Hervorhebung der Attraktivität der Reiseregion Teutoburger Wald

Eine der Gemeinsamkeiten der Bauernbäder ist, dass sie ihre Standorte in einer ruhigen 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% gesunken (Kern 2001: 56). Ein Grund dafür ist nach Ansicht der Vertreter der Bauernbäder darin zu sehen, 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 Kurwengenetz. Erwägenswert wäre, dass die Einrichtungen auch mit attraktiven Ausflugszielen in der Reiseregion Teutoburger Wald werben.

■ Veröffentlichung von Erfahrungsberichten

Die Bauernbäder sollten im Rahmen ihrer Marketing-Maßnahmen für Selbstentscheider die Weitergabe von Erfahrungen unterstützen, indem sie z. B. 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 auf andere touristische Betriebe (Gaststätten, Souvenirläden 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« durch die Bauernbäder

Das »Nach-Reise-Marketing« (Freyer 2001: 71) spielt eine bedeutende Rolle zur Entwicklung und Erhaltung der Kundentreue. Es umfasst nach Freyer (2001: 77f.): die Kommunikation mit Gästen, die bereits Leistungen der Bauernbäder in Anspruch genommen haben; das Beschwerdemanagement; Aktivitäten zum Aufbau einer Stammkundschaft (hierbei geht das »Nach-Reise-Marketing« direkt in das Marketing vor der nächsten Reise über); Werbung durch Anzeigen in regionalen und überregionalen Zeitungen und Fachzeitschriften.

Das Netzwerk Bauernbäder 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 größeren Einrichtungen zur Verfügung stehen. Wirtschaftlichkeitspotenziale können nicht nur für die einzelne Reha-Einrichtung, sondern für das Netzwerk insgesamt realisiert werden. Die Bauernbäder haben dieses Potenzial erkannt und nutzen es erfolgreich.

Teil C verfolgt die Zielsetzung, Erkenntnisse über Kooperationen und Netzwerke in einem ausgewählten, staatlich regulierten Wirtschaftsbereich der Region OWL zu gewinnen. In Kapitel 7 werden die Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft dargestellt. Sie weist erhebliche Abweichungen von marktwirtschaftlichen Prinzipien auf, weil Gesundheitsgüter besondere Eigenschaften besitzen, die zum Marktversagen führen. Dieser Umstand und das »Anrecht« der Bevölkerung auf gesundheitliche Versorgung erfordern somit eine staatliche Regulierung, damit Gesundheitsgüter in einer angemessenen Qualität, zu einem angemessenen Preis und in einem ausreichenden Umfang angeboten werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung durch unterschiedliche Akteure mit jeweils eigenen Interessen führt allerdings in der Gesundheitswirtschaft dazu, dass die gesundheitspolitischen Ziele Qualitätssicherung und Kostensenkung nicht ohne weiteres erreicht werden und notwendige Anpassungen der Gesundheitsversorgung an die demografische Entwicklung, die sich wandelnden Lebensverhältnisse oder auch den medizinisch-technischen Fortschritt nur langsam bzw. nur ansatzweise erfolgen. Auf Mängel in der Gesundheitsversorgung und steigende Gesundheitsausgaben wird mit Reformen der staatlichen Regulierung reagiert. Unter anderem soll eine stärker integrierte Gesundheitsversorgung Abhilfe schaffen.

In Kapitel 8 werden die Reformen und Gesetzesänderungen zur integrierten Versorgung beschrieben, soweit sie zum Ziel haben, die Weiterentwicklung bestehender Kooperationen und Netzwerke sowie die Entstehung neuer Kooperationsformen zu fördern. Insbesondere soll eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung mit einem reibungslosen Behandlungsablauf der Patienten über verschiedene Versorgungsstufen hinweg erreicht werden, nicht zuletzt um damit den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu beschränken. Die Zunahme des Wettbewerbs zwischen den Gesundheitseinrichtungen soll ebenfalls zu Einsparungen beitragen.

Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom Jahr 2000 und vorhergehende Gesetzesänderungen kam es allerdings nicht im erhofften Umfang zur Bildung und Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Kooperationen und Netzwerken, da die Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungserbringer und Kostenträger zu stark eingeschränkt wurden. Deshalb wurde im Jahr 2004 das GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft gesetzt, das den Gestaltungsspielraum bei der gemeinsamen Leis-

tungserbringung erweitert. Das Gesetz betrifft nicht nur wie bisher sektorenübergreifende – vertikale – Kooperationen und Netzwerke, sondern nun auch interdisziplinär-fachübergreifende – horizontale – Kooperationen und Netzwerke. Die neu geschaffene gesetzliche Grundlage für Vertragsabschlüsse mit einzelnen Vertragsärzten trägt entscheidend zur Flexibilisierung der Kooperationen und Netzwerke bei. Allerdings bleibt abzuwarten, in welchem Umfang die integrierte Versorgung tatsächlich umgesetzt wird, da die Anschubfinanzierung aus einer Umverteilung vorhandener Mittel erfolgt und keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Kapitel 9 zeigt anhand verschiedener Indikatoren die große Bedeutung der Gesundheitswirtschaft für die Region OWL auf. Die Gesundheitswirtschaft und ihre Nachbarbranchen stellen in der Region einen beschäftigungs- und umsatzstarken Wirtschaftsbereich mit langfristig hohem Wachstumspotenzial dar. Insbesondere wegen ihrer Vielzahl an Heilbädern und Kurorten gilt die Region OWL als herausragende Gesundheits- und Tourismusregion in Nordrhein-Westfalen.

Kapitel 10 stellt Ergebnisse von Befragungen zur Verbreitung von Kooperationen und Netzwerken der Gesundheitswirtschaft in OWL vor. Bei den schriftlich Befragten handelt es sich um stationäre und teilstationäre Leistungserbringer sowie um Vorleistungs- und Zulieferindustrien der Gesundheitswirtschaft. Die persönlichen Interviews betreffen Vertreter von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, von Industrieunternehmen, Institutionen der Technologieentwicklung bzw. des Technologietransfers, schließlich von Krankenkassen sowie der kassenärztlichen Vereinigung. Die Befragungen liefern Erkenntnisse über die Intensität der Kooperationen und Netzwerke innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren.

Die Ergebnisse zeigen: dass bei der Erstellung von Dienstleistungen am meisten kooperiert wird (in der Forschung und Entwicklung am wenigsten); dass Kooperationen in den Funktionsbereichen Beschaffung, Erstellung von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung und Entwicklung unterschiedlich stark ausgeprägt sind; dass Kooperationen und Netzwerke mit stationären Einrichtungen in allen Funktionsbereichen am stärksten ausgeprägt sind und den Experten zufolge in den nächsten Jahren vor allem zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zunehmen werden. Erweiterte Handlungsspielräume zur Bildung von Kooperationen und Netzwerken, welche die Gesundheitsreformen bieten, werden allerdings nur allmählich genutzt. Die Entwicklung neuer Kooperationsformen, mit denen eine sektorenübergreifende Versorgung erreicht werden soll, befindet sich erst in der Anfangsphase.

In Kapitel 11 wird aufgezeigt, dass in der Region OWL insbesondere das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz starke Auswirkungen hat. Es führt in den Heilbädern und Kurorten zum Beschäftigungsabbau und zu einer unzureichenden Auslastung der Kapazitäten. Die Zunahme des Wettbewerbs in der Rehabilitation mit anderen Regionen erschwert die Erhöhung der Auslastung. Auch im Krankenhaussektor nimmt aufgrund von ausgabensenkenden Maßnahmen der Wettbewerb zu. Er wird sich vermutlich durch die Einführung des G-DRG-Systems weiter verschärfen. Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist insbesondere auch die Erwartung verbunden, dass ein Anreiz zur Entwicklung neuer sektorenübergreifender Kooperationsformen entsteht. Die Gesundheitseinrichtungen der Region OWL werden somit vor die Herausforderung gestellt, die gesetzlich eröffneten Handlungsspielräume zur Entwicklung innovativer Kooperationsformen stärker als bisher zu nutzen. Daneben ist der Region OWL ein eindeutig wahrnehmbares Profil als Gesundheitsregion zu verleihen, bei dem die besonderen Kompetenzen der Region hervorgehoben werden.

Die vorgestellten Handlungsempfehlungen tragen dazu bei, die Wettbewerbsfähigkeit der Region OWL zu erhalten sowie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung durch Kooperationen und Netzwerke sicherzustellen. Aufgrund der Vielzahl an Heilbädern und Kurorten in OWL sind horizontale Kooperationen und Netzwerke zu entwickeln, welche die Kapazitätsauslastung der Reha-Einrichtungen erhöhen. Eine besondere Bedeutung ist überregionalen Kooperationen und Netzwerken der ostwestfälisch-lippischen Reha-Einrichtungen mit regionsexternen Krankenhäusern beizumessen, da diese den Patientenzustrom aus anderen Regionen sichern. Bei Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern, die ähnliche Kernkompetenzen aufweisen, kann die Teilnahme an der integrierten Versorgung zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen beitragen. Allerdings ist zur flächendeckenden Umsetzung der integrierten Versorgung eine gesetzliche Grundlage für ein integriertes Budget notwendig, das über die Anschubfinanzierung hinausgeht.

Vertikale Kooperationen und Netzwerke zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor dienen den Kooperationspartnern zur Erweiterung ihres Leistungsspektrums und zur Erschließung neuer Geschäftsfelder. Zur Sicherung des Patientenzustroms aus anderen Regionen tragen insbesondere Kooperationen und Netzwerke der stationären Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser mit regionsexternen ambulanten Reha-Einrichtungen bei. Aber auch Kooperationen und Netzwerke mit niedergelassenen Ärzten in der Region selbst erweitern das Leistungsspektrum.

Darüber hinaus sind in den Heilbädern und Kurorten Ostwestfalen-Lippes Kooperationen und Netzwerke mit den Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft anzustreben, da sie eine strategische Neuausrichtung des Leistungsangebotes ermöglichen. Aufgrund des starken Konkurrenzdrucks durch Kurorte und Heilbäder in anderen Regionen sind attraktive Gesundheitsleistungen zu identifizieren, die eine Differenzierung gegenüber der Konkurrenz ermöglichen. 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. Dies betrifft sowohl die Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung erbracht werden als auch privat zu zahlende Leistungen. Mit dem Bedürfnis nach mehr Lebensqualität gehen steigende Ansprüche der Nachfrager einher. 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 Kurorten bieten eine Möglichkeit, die 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 »Gesundheitsregion 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 regionsexterner Kooperations- und Netzwerkpartner. Damit die Zusammenarbeit in Kooperationen und Netzwerken erfolgreich ist, sind bestimmte Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren zu beachten. Davon werden einige angeführt und erläutert. Die abschließend dargestellten Fallbeispiele für innovative Netzwerke in der Region OWL zeigen, unter welchen konkreten Voraussetzungen es zur Gründung dieser Netzwerke kam und welche konkreten 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 Musterbeispiele für die Region OWL, aber auch für andere Regionen angesehen werden. Sie zeigen, wie Kooperationen und Netzwerke dazu beitragen, die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen und gleichzeitig die Versorgung der Patienten zu verbessern. In der ambulanten Versorgung kön-

nen in Netzwerken neben der ärztlichen Grundversorgung Zusatzleistungen angeboten werden, wie es im Fallbeispiel des Bündler Ärztenetzwerkes geschieht. Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen in den einzelnen Funktionsbereichen – beispielsweise in der Aus- und Weiterbildung – führt zu einer besseren Auslastung und damit zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen, wie das Fallbeispiel der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen (ZAB) zeigt. Auch eine gemeinsame Vermarktung der Gesundheitsleistungen, wie im Fallbeispiel der Bauernbäder im Teutoburger Wald, ermöglicht die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen und neuen Marktsegmenten.

13 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich an Porters Ansatz zur Erklärung der Wettbewerbsfähigkeit von Volkswirtschaften, der in Vorstudien der Paderborner Arbeitsgruppe Regionalforschung auf die Region OWL angewendet worden ist. Im Sinne Porters leiten die Vorstudien aus verfügbaren Sekundärstatistiken ein regionales Clusterchart für OWL her, aus dem die beiden potenziellen Branchencluster der Möbelindustrie und der Gesundheitswirtschaft für diese Untersuchung ausgewählt worden sind. Denn die Unternehmen der Möbelindustrie und die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft weisen in der Region OWL eine hohe Konzentration und Beschäftigung auf. Sie bestimmen die Wettbewerbsfähigkeit der Region entscheidend mit.

Zu einem Branchencluster gehören nach Porter jeweils diejenigen »verwandten und unterstützenden« Branchen, zwischen denen enge Verflechtungen hinsichtlich der Endprodukte sowie der Käufer- und Zuliefererbeziehungen angenommen werden. Das Clusterchart beruht bei Porter auf einer a priori vorgegebenen, nicht weiter erklärten Gliederung der Branchen (Gersmeyer 2004: 78 ff.). Es grenzt innerhalb eines Branchenclusters potenzielle Verflechtungen ab, sagt aber nichts über tatsächlich bestehende Verflechtungen und deren Organisationsgrad bzw. über die Intensität der Zusammenarbeit der verflochtenen Akteure aus. Wenn also mittels sekundärstatistischer Daten bei Porter oder methodisch nicht weiter abgesicherter Beobachtungen bei anderen Autoren Verflechtungen angenommen werden, sagen diese Befunde noch nichts darüber aus, dass tatsächlich Verflechtungen bestehen und die verflochtenen Akteure sie systematisch organisiert haben, um zusammen ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass sowohl in der Möbelindustrie als auch der Gesundheitswirtschaft der Region OWL nach der Häufigkeit und dem Ausmaß weit weniger Verflechtungen tatsächlich bestehen als nach Porters Ansatz potenziell anzunehmen sind. Wenn Verflechtungen, wie das bei Porter anscheinend der Fall ist, gleichgesetzt werden mit dem stark vereinfachenden Kontinuum eines zunehmenden Organisationsgrades bzw. einer zunehmenden Intensität der Zusammenarbeit: »Marktbeziehungen zwischen Käufern und Verkäufern – Zusammenarbeit in Kooperationen – institutionalisierte Zusammenarbeit in Netzwerken«, dann lassen sich in der Möbelindustrie und der

Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe umso weniger Verflechtungen tatsächlich nachweisen, je mehr der Organisationsgrad bzw. die Intensität der Zusammenarbeit zunimmt.

Verschiedene Beschränkungen, die die Bildung von Kooperationen und Netzwerken in der Möbelindustrie und der Gesundheitswirtschaft in Ostwestfalen-Lippe erschweren oder ganz verhindern, werden in den vorstehenden Kapiteln analysiert. Sie lassen sich sämtlich darauf zurückführen, dass eigens organisierte und intensive Formen der Zusammenarbeit in Kooperationen und Netzwerken mit nicht zu vernachlässigenden (Alternativ-)Kosten verbunden sind, die eine sorgfältige Abwägung mit den erwarteten Nutzen aus der Zusammenarbeit erfordern. Die Abwägung entspricht einem komplexen Investitionskalkül unter der Bedingung unsicherer, nicht genau vorhersehbarer Entwicklungen in der Zukunft. Je weiter in die Zukunft hinein die Investitionen geplant werden, desto ungenauer wird das überkommene Investitionskalkül der Ermittlung von Nettogegenwartswerten der Kosten und Erträge. Die Investitionen zur Bildung und Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken wären dann besser als Erwerb von Optionen zu kalkulieren (analog zu Finanzoptionen), die schrittweise nacheinander, je nach den inzwischen gewonnenen Informationen und Erfahrungen eingelöst werden (s. z. B. Dixit/Pindyk 1995: 105-115). Nichts anderes besagen im Prinzip die in Abschnitt 4.3.4 angeführten Modelle des wiederholten Gefangenendilemma-Spiels, der Entstehung von Reputation und der intrinsischen Reziprozität – oder eben die »Netzwerkbildungsspirale« in Abb. 37: Ein »Spieler« engagiert sich kooperativ weiter in Kooperationen und Netzwerken, wenn die anderen »Spieler« das Gleiche tun, also alle »Spieler« gemeinsam eine so genannte »Win-Win-Situation« anstreben; er beendet jedoch sein kooperatives Verhalten (defektiert), sobald einer oder mehrere der anderen »Spieler« das zuvor getan haben. Da der Erwerb von Optionen je nach deren Umfang mit dem Einsatz von Ressourcen verbunden ist, werden vorsichtige Kooperationspartner gleichsam mit kleinen Optionen beginnen, die sich in überschaubaren Perioden realisieren lassen. Sie werden bei einem Erfolg der Zusammenarbeit eher bereit sein, in größere, weiter in die Zukunft reichende Optionen zu investieren. Das genau unterscheidet tatsächlich bestehende Kooperationen und Netzwerke von nur potenziell anzunehmenden Verflechtungen im Sinne Porters.

Wie das Ergebnis der Kosten-Nutzen-Abwägung einer Zusammenarbeit positiv zu beeinflussen ist, um die im Rahmen der ökonomischen Theorie zu begründenden Vorteile von Kooperationen und Netzwerken stärker zu realisieren, zeigen die Handlungsempfehlungen, die für die Möbelindustrie und die Gesundheitswirtschaft aus den Untersuchungsergebnissen hergeleitet werden. Besondere Bedeutung

kommt darin der Anfangsphase der Zusammenarbeit zu, deren erfolgreiche Überwindung im besonderen Maße von unterstützenden Maßnahmen der Wirtschaftsförderung, der Institutionen des Wissens- und Technologietransfers sowie von »tatkräftigen« Leitunternehmen oder spezialisierten Kooperations- und Netzwerkmanagern abhängt. Dass in Kooperationen und Netzwerken Vorteile realisiert werden können, obwohl teilweise unerwartete Probleme zu überwinden waren, zeigen die angeführten Fallbeispiele aus beiden Branchen. Sie belegen, dass anfängliche Erfolge der Kooperation nicht nur zu Mitnahmeeffekten geführt haben, also zur frühzeitigen Realisierung offener Optionen durch einige oder alle Kooperationspartner, sondern als Anreize genutzt worden sind, die Zusammenarbeit nach dem Wegfall unterstützender Maßnahmen fortzusetzen, sie zu verbreitern, zu intensivieren und auch zunehmend zu institutionalisieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen die Frage unbeantwortet, inwieweit die Bildung und weitere Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken in den beiden untersuchten Branchen tatsächlich auf freiwillige Entscheidungen zur Investition in Optionen zurückzuführen sind oder auf erhöhten Wettbewerbsdruck mit den dadurch erzwungenen Anpassungen an das sich verändernde Wettbewerbsumfeld. Unterbleiben jedoch die notwendigen Anpassungen, wird also insoweit das Innovationspotenzial (im Sinne Schumpeters) nicht genutzt, das Kooperationen und Netzwerke als neue Organisationsformen der Zusammenarbeit eröffnen, dann wird es zu »Marktbereinigungen« und dem Ausscheiden von Wettbewerbern in beiden Branchen kommen. Bei den Küchenmöbelherstellern hat nach Aussagen der befragten Experten eine derartige Marktbereinigung stattgefunden. Die neuerdings verstärkt zu beobachtenden Fusionsaktivitäten in der Gesundheitswirtschaft bewirken anscheinend gleichfalls eine solche Marktbereinigung. Kooperationen und Netzwerke gerade auch mittelständischer Möbelhersteller und kleinerer Gesundheitseinrichtungen wären somit auch als Optionen zu verstehen, die Eigenständigkeit in neuen Organisationszusammenhängen zu bewahren und sie nicht durch ein Ausscheiden aus dem Markt oder durch freundliche bzw. feindliche Übernahmen zu verlieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen weiterhin die Frage unbeantwortet, inwieweit durch Kooperationen und Netzwerke mehr Arbeitsplätze in der Möbelindustrie und der Gesundheitswirtschaft der Region OWL gesichert werden können als durch sonst zu erwartende Marktbereinigungen und Übernahmen. Die Zusammenarbeit in Kooperationen und Netzwerken kann durchaus mit Rationalisierungsmaßnahmen sowie dem Abbau von Kapazitäten und dem Verlust von Arbeitsplätzen verbunden sein. Die angeführten Fallbeispiele für beide Branchen

belegen allerdings, dass Kooperationen und Netzwerke die Wettbewerbsfähigkeit und insoweit sowohl Standorte als auch Arbeitsplätze sichern können. Es hängt also jeweils von den konkreten Bedingungen dafür ab, dass Unternehmen der Möbelindustrie sowie Gesundheitseinrichtungen in der Region OWL auch zukünftig innovativ und wettbewerbsfähig bleiben, um Aussagen über ihr zukünftiges Arbeitsplatzangebot machen zu können. Das Arbeitsplatzangebot hängt kurzfristig von einmaligen Wettbewerbsvorsprüngen, also einer verbesserten Allokationseffizienz, langfristig jedoch von immer wieder neuen Wettbewerbsvorsprüngen ab, also der dynamischen Wettbewerbsfähigkeit der kooperierenden Möbelhersteller und Gesundheitseinrichtungen.

Bei wettbewerbsspolitischer Betrachtung dürften Kooperationen und Netzwerke mittelständischer Unternehmen der Möbelindustrie sowie kleinerer Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in der Region OWL nicht geeignet sein, marktbeherrschende Stellungen zu begründen. Dass speziell Übernahmen von Krankenhäusern durch große Einrichtungen bzw. durch Krankenhauskonzerne auch marktbeherrschende Stellungen begründen und dadurch den Wettbewerb beschränken könnten (»Krankenhaus-Monopoly«), befürchtet zumindest das Bundeskartellamt. Es hat deshalb mehrere Verfahren der Fusionskontrolle eingeleitet und teilweise für die Betroffenen unerwartet restriktiv entschieden: durch Einleitung einer intensiven Untersuchung mit weitreichenden Informationspflichten der Fusionsparteien, durch Untersagung der Fusionen oder deren Genehmigung unter Auflagen. Das Ergebnis der gerichtlichen Prüfung der bereits abgeschlossenen Entscheidungen des Bundeskartellamtes steht derzeit noch aus.

Die Fusionsentscheidungen des Bundeskartellamtes und der für eine Überprüfung zuständigen Gerichte sollten sich letztlich weniger an Marktanteilen orientieren, die von strittigen Abgrenzungen der so genannten relevanten Märkte abhängen (Marktstrukturtests), als an nachgewiesenen Wettbewerbsvorteilen (Marktergebnistests). Dabei käme es gesamtwirtschaftlich nicht auf Größenvorteile an, die durch Fusionen auf Beschaffungs- und Absatzmärkten (pekuniäre Größenvorteile) oder gegenüber den Regulierungsbehörden (Verhandlungsmacht) erzielt werden könnten, sondern auf eine Erhöhung der statischen und/oder dynamischen Wettbewerbsfähigkeit (reale Größenvorteile). Um reale Größenvorteile, also gesamtwirtschaftlich gleichsam eine Win-Win-Situation zu realisieren, bedarf es einer gegenüber der Ausgangssituation überlegenen (»superioren«) strategischen Konzeption – wie eben auch bei statisch und dynamisch wettbewerbsfähigen Kooperationen und Netzwerken. Das bloße Zusammenfügen der fusionierenden Einrichtungen schafft dagegen nicht ohne weiteres reale Größenvorteile, sondern allenfalls

Markt- und Verhandlungsmacht; dadurch gewinnen zwar die Fusionspartner, aber eben auf Kosten der Marktgegenseite und der Verhandlungsgegner.

Die zukünftige Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken in der Gesundheitswirtschaft hängt von den gesetzlichen Vorgaben und den jeweils geltenden staatlichen Regulierungen ab. Sie wurden in dieser Untersuchung als gegeben angenommen und nicht weiter analysiert. Insoweit bleibt die Frage offen, inwieweit die gesetzlichen Vorgaben und staatlichen Regulierungen das Allgemeinwohl im Sinne einer umfassenden, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung fördern oder aber den Interessen der jeweils Regulierten dienen. Dieser Konflikt wird in der ökonomischen Theorie der Regulierung (wie auch in der ökonomischen Theorie der Politik) als Konflikt zwischen der Allgemeinwohl- oder auch Konsumentenschutzhypothese einerseits und der Produzentenschutzhypothese andererseits diskutiert – und zugunsten der Produzentenschutzhypothese entschieden. Denn »Produzenten« im Sinne dieser Theorien, d. h. Unternehmer, Manager, aber auch Beschäftigte, haben homogene Einkommensinteressen; sie verwenden zur politischen Durchsetzung ihrer Interessen umfangreichere Ressourcen und lassen sich leichter organisieren als »Konsumenten« oder die »Allgemeinheit« mit ihren sehr heterogenen Verbraucherinteressen und ihrer begrenzten Bereitschaft, Ressourcen für politische Entscheidungen einzusetzen. Wenn aber die jeweils Regulierten parlamentarische Mehrheiten organisiert haben, die Ergebnisse im Sinne der Produzentenschutzhypothese begünstigen, dann wäre zu fragen, ob und mit welchem Ressourceneinsatz Mehrheiten für gegenteilige Ergebnisse zustande kommen können. Dann wäre auch zu fragen, wie letztlich die Regulierungsbehörden mit ihren Akteuren ausreichend zu kontrollieren sind.

Vor diesem Hintergrund sei abschließend die Frage aufgegriffen, »was Möbel mit der Gesundheit zu tun haben« (Neue Westfälische 2005a). Die Unternehmen der Möbelindustrie und die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft in der Untersuchungsregion Ostwestfalen-Lippe stehen gleichermaßen vor der Herausforderung, sich an gravierende Veränderungen ihres Wettbewerbsumfeldes anzupassen. Nur wenn ihnen das gelingt, werden sie ihre dynamische Wettbewerbsfähigkeit erhalten und langfristig einen Beitrag zur Sicherung der Wertschöpfung, der Beschäftigung und des Standortes leisten können. Die Probleme, die dabei zu bewältigen sind, lassen sich gleichermaßen auf ökonomische Sachverhalte zurückführen. Die vorliegende Untersuchung schlägt für beide Branchen vor, verstärkt Kooperationen und Netzwerke als erfolversprechende strategische Option zu begreifen und in sie zu investieren, anstatt weiter an überkommenen Strategien festzuhalten, die nicht mehr zu dem veränderten Wettbewerbsumfeld passen. Insoweit gelten die

Ergebnisse dieser Untersuchung auch für andere Branchen in der Untersuchungsregion Ostwestfalen-Lippe oder in anderen Regionen, in denen ebenfalls gravierende Veränderungen des Wettbewerbsumfeldes einen Strategiewechsel erzwingen.

- Amelung, V. E./Schumacher, H. (2000): *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 2. aktual. Aufl., Wiesbaden.
- AMK (2004): *Die Arbeitsgemeinschaft »Die moderne Küche e.V.«*, www.amk.de/wasist.htm, Stand: 05.04.2004.
- Arrow, K. J. (1985): *Applied Economics, Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Cambridge u. a.
- Axelrod, R. (1984): *The Evolution of Cooperation*, New York.
- Balling, R. (1998): *Kooperation – Strategische Allianzen, Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis*, 2. durchges. Aufl., Frankfurt a. M. u.a.
- Basedow, J. (2004): *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, München.
- Beckenbach, N./Robak B./van Treek, W. (1988): *Perspektiven der Arbeit. Drei Eingriffe*, in: *Politik um die Arbeit*, Argument Sonderheft, Nr. 167, S. 50-67.
- Becker, J./Hensgen, R. (2000): *Integrierte Versorgung – Innovation oder Rückbesinnung auf historische Wurzeln*, in: *Das Krankenhaus, Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.)*, H. 4, S.275-280.
- Becker-Berke, S./Lautwein-Reinhard, B. (2004): *Stichwort: Gesundheitswesen*, 2. vollst. überarb. Aufl., Bonn.
- Beske, F. (2003): *Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen*, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Schriftenreihe Bd. 96, Kiel.
- Beske, F./Drabinski, T./Wolf, J. H. (2002): *Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung*, Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Bd. 94, Kiel.
- Bezirksregierung Detmold (Hrsg.) (2003): *Demografischer Wandel in Ostwestfalen-Lippe*, Detmold.
- Branchenbild (2004): *Wohnmöbel*, Nr. 24 (Juli), Hamburg.
- Bresnahan, T. F./Greenstein, S. (1999): *Technological Competition and the Structure of the Computer Industry*, in: *Journal of Industrial Economics*, Volume XLVII, S. 1-40.
- Breyer, F./Zweifel, P. (1999): *Gesundheitsökonomie*, 3. überarb. Aufl., Berlin u. a.

- Brinkmann, R. D. (1999): Techniken der Personalentwicklung, Heidelberg.
- Bucklin, L. P./Sengupta, S. (1993): Organizing Successful Co-Marketing Alliances, in: Journal of Marketing, H. April, S.32-46.
- Bühler, S./Jaeger, F. (2002): Einführung in die Industrieökonomik, Berlin.
- Bundesanstalt für Arbeit (2002): Sonderauswertung.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2003): Inländische und ausländische Standorte richtig bewerten, www.standorte-bewerten.de, Stand: 24.11.2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004a): »Sozialbudget Tabellenauszug 2002«, www.bmgs.bund.de/downloads/A230-2002.pdf, Stand: 24.03.2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004b): www.die-gesundheitsreform.de/glossar/chronikerprogramme.html, Stand: 06.09.2004.
- Campbell, D. (1986): The Agenda Beyond Axelrod's »The Evolution of Cooperation«, Political Psychology, No. 7, S. 793-796.
- Caves, R. E. (1980): Industrial Organization, Corporate Strategy and Structure, in: Journal of Economic Literature, Vol. 18.
- Csil, Centro Studi Industria Leggera(2003): World Furniture Outlook 2003, Mailand.
- Dalley, J./Hamilton, B. (2000): Knowledge, Context and Learning in the Small Business, in: International Small Business Journal, 18, No. 3, S. 51-59.
- Dathe, J. (1999): Coopetition – mehr als eine Mode, in: Harvard Business Manager, No. 6, S. 22-29.
- Dei Ottati, G. (1998): The remarkable resilience of the industrial districts of Tuscany, in: Braczyk, H. J./Cooke, P./Heidenreich, M. (Hrsg.): Regional Innovation Systems, London.
- von Delhaes, K./Fehl, U. (1997): Dimensionen des Wettbewerbs: Problemstellungen, in: von Delhaes, K./Fehl, U. (Hrsg.): Dimensionen des Wettbewerbs. Seine Rolle in der Entstehung und Ausgestaltung von Wirtschaftsordnungen, Stuttgart.
- Demsetz, H. (1982): Barriers to Entry, in: American Economic Review, Vol. 72, S. 47-57.
- Demuth, R. (2004): Ein Fall fürs Kartellamt. Interview: Schieder-Chef Rolf Demuth über Möbelindustrie und die Einkaufsverbände, in: Neue Westfälische, Nr. 227.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) (Hrsg.) (2002): 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.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) (2004a): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Informationen für Krankenhäuser zur integrierten Versorgung §§ 140 a bis d SGB V, Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) (2004b): Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V, 2. geänd. Aufl., Berlin.
- Deutscher Bundestag (1996): 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.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1525.
- Deutscher Heilbäderverband e. V., Referat für Grundsatzfragen, Bonn (2004): schriftliche Auskunft vom 28.05.2004 und telefonische Auskunft vom 02.06.2004.
- DG Bank (2000): Mittelstand im Mittelpunkt Herbst-Winter 2000 – Sonderthema: Kooperationen im Mittelstand, www.mittelstandsstudie.de, Stand: 08/2001.
- DGM (2004): Die Deutsche Gütegemeinschaft Möbel e.V., www.dgm-moebel.de, Stand: 05.04.2004.
- Dibbern, F.-F. (2002): Mittelstand im Wandel des Wettbewerbs – Möglichkeiten und Grenzen kooperativer Unternehmensnetzwerke als strategische Option, Dissertation der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Freiburg i. Brsg., Freiburg.
- Dichtl, E./Issing, O. (Hrsg.) (1994): Vahlens Großes Wirtschaftslexikon, Bd. 1, 2. überarb. und erw. Aufl.
- Die Glocke (2005): Wöstmann setzt konsequent auf die Marke, Nr. 59.
- Diller, C. (2004): Regional Governance im »Schatten der Hierarchie«. Theoretische Überlegungen und ein Beispiel aus Schleswig-Holstein, in: Raumforschung und Raumordnung, Heft 4-5, Jg. 62, S. 270-279.
- Dresdner Kleinwort Benson (1999): Krankenhaus-Report, Frankfurt a. M.
- von Eiff, W. (Hrsg.) (2002): Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, in: Gesundheitspolitik in Deutschland, Bd. 6, Gütersloh.
- Emery, F. E./Trist, E. L. (1976): The Causal Texture of Organizational Environments, in: Emery, F. E. (Hrsg.): Systems Thinking, 6. Aufl., Harmondsworth.
- Emery, F. E./Trist, E. L. (1981): The Causal Texture of Organizational Environments, in: Emery, F. E. (Hrsg.): Systems Thinking, 7. Auflage, Harmondsworth.

- von Essen, H.-J. (1998): 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, Stuttgart, S. 74-85.
- Feldman, M. P. (1994): Knowledge Complementarity and Innovation, Boston.
- Feldman, M. P./Florida, R. (1994): The Geographic Sources of Innovation: Technological Infrastructure and Product Innovation in the United States, in: Annals of the Association of American Geographers, Vol. 84, No. 1.
- Ferdinand Holzmann Verlag (2004): Möbel, Zahlen, Daten 2004. Das statistische Jahrbuch für die Möbelbranche, 29. Auflage, Hamburg.
- Fieten, R./Friedrich, W./Lagemann, B. (1997): Globalisierung der Märkte. Herausforderung und Option für kleine und mittlere Unternehmen, insbesondere für Zulieferer, Stuttgart.
- Freyer, W. (2001): Tourismus-Marketing – Marktorientiertes Management im Mikro- und Makrobereich der Tourismuswirtschaft, 3. überarb. Aufl., München, Wien.
- Fuchs, H. (2004): Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003 – Schwerpunkt G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart, S.187-209.
- Füglistaller, U./Halter, F. (2002): Geschäftsmodelle und Kompetenzen im Wandel der Zeit – eine Diskussion aus der Sicht des strategischen Managements, in: Füglistaller, U./Pleitner, H. J./Weber, W. (Hrsg.): Umbruch der Welt – KMU vor dem Höhenflug oder Absturz?, St. Gallen.
- Geigant, F./Oberender, P. O. (Hrsg.) (1985): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 8, Gerlingen.
- Genosko, J. (1999): Netzwerke in der Regionalpolitik, Marburg.
- Gerlach, F. (2003): »Wettbewerbs-Regionalismus« – ein neuer Ansatz in der regionalen Förderpolitik, in: Elsner, W./Biesecker, A. (Hrsg.): Neuartige Netzwerke und nachhaltige Entwicklung. Komplexität und Koordination in Industrie, Stadt und Region, Frankfurt a. M.
- Gersmeyer, H. (2004): Wettbewerbsfähigkeit von Wirtschaftsstandorten unter besonderer Berücksichtigung industrieller Cluster, Frankfurt a. M.
- Gersmeyer, H./Greshoff, R./Liepmann, P. (2000): Strukturanalyse der Region Ostwestfalen-Lippe: Untersuchung der Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigungsperspektiven für den Wirtschaftsstandort. Arbeitspapiere des Fach-

- bereichs Wirtschaftswissenschaften der Universität Paderborn, Nr. 68, Paderborn.
- Gowa, J. (1986): Anarchy, Egoism, and Third Images, in: International Organization, No. 40, S. 167-186.
- Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2004): 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, Stuttgart, S.121-136.
- Gries, T./Langeleh, D. (2002): Konstitutive Elemente einer anreizkompatiblen Gestaltung des Gesundheitssystems, International Economics, Working Paper, Universität Paderborn.
- Grothaus, O. (2004): Die Bedeutung kooperativer Wettbewerbsbeziehungen für kleine und mittlere Unternehmen. Diplomarbeit, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Universität Paderborn, Paderborn.
- Günterberg, B./Wolter, H. J. (2002): Unternehmensgrößenstatistik 2001/2002, S. 1-22, www.ifm-bonn.org, Stand: 10.11.2003.
- Hartdran. Der Hartmann-Mödel-Report (2004): VME-Verband mit Kernsotimentschau »hoch zufrieden«, Nr. 155.
- Hauptverband der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e.V. (HDH) (2002a): Cluster-Studie Forst & NRW. Holz -2. Absatzstufe-, Bad Honnef.
- Hauptverband der Deutschen Holz und Kunststoffe verarbeitenden Industrie und verwandter Industriezweige e.V. (HDH) (2002b): Anhang zur Cluster-Studie Forst & NRW. Holz -2. Absatzstufe-, Bad Honnef.
- Helbich, B. (2000a): Wissenstransfer zwischen mittelständischen Unternehmen, in: Knauth, P./Wollert, A. (Hrsg.): Human Ressource Management 21., Köln.
- Helbich, B. (2000b): Weiterbildung und Personalentwicklung im regionalen Verbund. Das Beispiel MACH 2 Herford, in: Hoffmann, T./Kohl, H./Schreurs, M. (Hrsg.): Weiterbildung als kooperative Gestaltungsaufgabe, Neuwied-Kriftel.
- Helbich, B. (2001): Beziehungspflege im Netzwerk – Erfolgsfaktor in einem Personalentwicklungsverbund, in: Howaldt, J./Kopp, R./Flocken, P. (Hrsg.): Kooperationsverbände und regionale Modernisierung. Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit, Wiesbaden.
- Helbich, B. (2002): Wissensaustausch unter Netzwerkpartnern, in: Hentrich, J./Hoß, D. (Hrsg.): RKW-Diskurs. Arbeiten und Lernen in Netzwerken, Eschborn.
- Henke, K.-D./Hesse, M. (1999): Gesundheitswesen, in: Korff, W. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 4: Ausgewählte Handlungsfelder, Gütersloh, S. 249-288.

- Henke, M. (2003): Strategische Kooperationen im Mittelstand. Potenziale des Co-opetition-Konzeptes für kleine und mittlere Unternehmen (KMU), München.
- Hensen, P./Schwarz, T./Luger, T. A./Roeder, N. (2004): Veränderungsmanagement im DRG-Zeitalter – Anpassungsprozesse müssen integrativ bewältigt werden, in: Das Krankenhaus, Hrsg.: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bd. 2, S. 88-92.
- Heumann, L. (2004): Kräftig vermöbelt. Viele Schränke, Stühle und Küchen stammen aus der Region, in: Verlagsbeilage zur Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 232, S. B7.
- Hickl, T. (1995): Management-Systeme für Klein- und Mittelunternehmen am Beispiel der deutschen Möbelindustrie, Bamberg.
- Hirst, P./Zeitlin, J. (1992): Flexible Spezialisierung versus Post-Fordism. Theory, evidence, and policy implications, in: Storper, M./Scott, A. J. (Hrsg.): Pathways to Industrialization and Regional Development, London.
- Homans, C. (1984): »The Evolution of Cooperation« by Robert Axelrod, in: Theory and Society, No. 14, S. 893-897.
- Huber, E. E. (1995): Von Notwendigkeit zur Reform, in: Hölling, G./Petersen, E. (Hrsg.): Zukunft der Gesundheit, S.131.
- IG Metall (2000): Nur nichts anbrennen lassen – Die Küchenmöbelindustrie im Umbruch, Mannheim.
- IGSF (Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel) (Hrsg.) (1996): Bericht über die Tagung »Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherungen und nationalen Gesundheitsdiensten«, Schriftenreihe Bd. 53, Würzburg.
- imm cologne (2004): Schlussbericht imm 2004, www.koelnmesse.de, Stand: 05.04.2004.
- Industrie- und Handelskammer (IHK) Lippe zu Detmold (2004): www.detmold.ihk.de, Stand 31.03.2004.
- Institut für Wirtschaftspublizistik (IWW) (2004): www.iww.de, Stand 19.02.2004.
- Jacobs, K./Schröder, W. F. (2003): Wettbewerb als Motor der Integration?, in: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, S. 103-112.
- Jacobson, D./Andréosso-O'Callaghan, B. (1996): Industrial Economics and Organization – A European Perspective, London u.a.
- Kaddatz, B./Nitsch, G. (2004): Unternehmensnetzwerke. Fragen der Forschung und Erfahrungen der Praxis, Bielefeld.

- Kaspar, F. (1993): Brunnenkur und Sommerlust: Gesundbrunnen und Kleinbäder in Westfalen, Bielefeld.
- Kern, A. (2001): Profil und Profilierung deutscher Urlaubsregionen unter besonderer Berücksichtigung der Mittelgebirge, Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie (Hrsg.: Becker, C.), Bd. 54, Geografische Gesellschaft Trier, Trier.
- Kinkel, S./Lay, G. (1998): Der Leistungsstandard der deutschen Investitionsgüterindustrie, ISI Strukturberichterstattung 01, Gelsenkirchen.
- Kleine, C. (2000): Mittelständische Firmenpools zur Markterschließung in Ostasien, Dissertation St. Gallen, Frensdorf 2000, [www.unisg.ch/www/edis.nsf/www-DisplayIdentifier/2327\\$FILE/dis2327.pdf](http://www.unisg.ch/www/edis.nsf/www-DisplayIdentifier/2327$FILE/dis2327.pdf), Stand: 03.08.2004.
- Kluger, R. (2004a): Medizin und Mehr – Entwicklungsdaten des Honorarmodells, vielfältigstes Manuskript, Bünde.
- Kluger, R. (2004b): Medizin und Mehr – Projektdesign Integrierte Versorgung, vielfältigstes Manuskript, Bünde.
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 20, Gerlingen.
- KOMPASS Deutschland Verlags- und Vertriebsgesellschaft mbH (Hrsg.) (2002): KOMPASS Firmendatenbank für Einkauf und Marketing, Ausgabe 18, Freiburg i. Brsg.
- Koutsoyiannis, A. (1983): Modern Microeconomics, Nachdruck der 2. Auflage, London u. a.
- Kucera, G. (2001): Kooperation, Konkurrenz, Coopetition – Strategiefelder für das Handwerk, in: Seminar für Handwerkswesen: Kooperation im Handwerk als Antwort auf neue Anbieter auf handwerksrelevanten Märkten, Duderstadt.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) (Hrsg.) (2003a): Verzeichnis der Berufskollegs und der Schulen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen 2003, Düsseldorf.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) (Hrsg.) (2003b): Sonderauswertung vom Nov. 2003, Düsseldorf.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) (2004a): Sonderauswertung, Düsseldorf.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) (2004b): Landesdatenbank, www.lids.nrw.de, Stand 01.04.2004.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) (2004): Landesgesundheitsberichterstattung, www.loegd.nrw.de, Stand 31.03.2004.

- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2003): Standort Westfalen. Regionalstatistik für Westfalen-Lippe, Münster.
- Laukötter, D. (2004): Unternehmensnetzwerke und Clustermanagement in Österreich. Diplomarbeit, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften Universität Paderborn, Paderborn.
- Liepmann, P. (1999): Spatial and Organizational Patterns of the Transfer of New Economic Knowledge: A Survey of the Literature and Some Preliminary Findings from a Case Study, in: Gries, T./Suhl, L. (Hrsg.): Economic Aspects of Digital Information Technologies, Wiesbaden.
- Lojacono, G./Lorenzen, M. (2000): External economies and value net strategies in Italian furniture districts, in: Lorenzen, M. (Hrsg.): Spezialisierung und Localised Learning – Six Studies on the European Furniture Industry, Copenhagen.
- Lüngen, M./Lauterbach, K. W. (2004): 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, Stuttgart, S. 173-186.
- MACH 2 – Personalentwicklung (2004): www.mach1.de/mach2.htm, Stand: 20.01.2004.
- MACH 2 – Unsere Vorgehensweise (2004): www.mach1.de/Vorgehensweise_MACH2.htm, Stand: 20.01.2004.
- Martin, S. (1988): Industrial Economics. Economic Analysis and Public Policy, New York u. a.
- Merke, K. (Hrsg.) (2000): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen, Berlin u.a.
- Messemer, J./Margreiter, V. (2003): Der Klinikmarkt für Rehabilitation – Wettbewerbsdynamik und Entwicklungstendenzen, in: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, S. 147-160.
- Meyer, S. (2002): Strukturereuerung und Regionalentwicklung durch Kooperationen und Netzwerke, Frankfurt a. M.
- Meyer-Krahmer, F./Gundrum, U. (1995): Innovationsförderung im ländlichen Raum, in: Raumforschung und Raumordnung, 53. Jg., S. 177-185.
- Milgrom, P. (1984): Axelrod's »The Evolution of Cooperation«, in: Rand Journal of Economics, No. 15, S. 305-309.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW) (Hrsg.) (1999): Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.

- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW) (Hrsg.) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW, Düsseldorf.
- Morasch, K. (2003): Industrie- und Wettbewerbspolitik. Zentralisierung oder Dezentralisierung?, München.
- Möschel, W. (2004): 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, München.
- Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation – Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung, 1. Aufl., Bern u. a.
- Mühlbacher, A. (2004): 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, Baden-Baden.
- Müller, J./Vogelsang, I. (1979): Staatliche Regulierung, 1. Aufl., Baden-Baden.
- Murray, R. (1988): Life after Henry (Ford), in: Marxism Today, No. 10, S. 8-13.
- Nalebuff, B. J./Brandenburger, A. M. (1996a): Coopetition, kooperativ konkurrieren. Mit der Spieltheorie zum Unternehmenserfolg, Frankfurt u. a.
- Nalebuff, B. J./Brandenburger, A. M. (1996b): Co-opetition. 1. A revolutionary mindset that combines competition and cooperation. 2. The Game Theory strategy that's changing the game of business, New York.
- Neges, R. (1991): Personalentwicklungs- und Weiterbildungserfolg, Wien.
- Neubauer, G. (2004): 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, S. 101-119.
- Neue Westfälische (2004): ZiMit bleibt Impulsgeber für Möbelbranche, Nr. 278.
- Neue Westfälische (2005): Eine Marke für sich. Norbert Wöstmann zum »Unternehmer des Jahres 2004« gekürt, www.nw-new.de, Stand: 11.03.2005.
- Neue Westfälische (2005a): Was Möbel mit der Gesundheit zu tun haben, Nr. 241
- Nichols, L. M. (1998): On the source of scope economies in U.S. manufacturing firms, in: Review of Industrial Organization 4, Nr. 1, S. 1-21.
- Nieschlag, R./Dichtl, E./Hörschgen, H. (1997): Marketing, 18. durchges. Aufl., Berlin.
- O'Sullivan, A. (1996): Urban Economics, 3. Aufl., Boston u. a.

- Oberender, P. O./Hebborn, A./Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart.
- Olbertz, E. (2001): Lernende Region. Initiierung und Unterstützung von regionalen Kooperationsprojekten im Rahmen des Strukturwandels am Beispiel der Modellregion Aachen, Frankfurt a. M.
- OstWestfalenLippe Marketing GmbH (Hrsg.) (2003): Gesundheitswirtschaft in Ost-WestfalenLippe – Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten, Bielefeld.
- Pfeifer, S./Kremer, U./Schorn, B. (1997): REKON BranchenReport. Die Küchenmöbelindustrie in Ostwestfalen-Lippe, Bochum.
- Pichler, J. H./Pleitner, H. J./Schmidt, K.-H. (1996): Management in KMU, Bern.
- Piore, M. J./Sabel, C. F. (1985): Das Ende der Massenproduktion. Studie über die Requalifizierung der Arbeit und die Rückkehr der Ökonomie in die Gesellschaft, New York.
- Pleitner, J. (1995): Klein- und Mittelunternehmen in einer dynamischen Wirtschaft, in: Mugler, J./Schmidt, K. H. (Hrsg.): Ausgewählte Schriften von Hans Jobst Pleitner, Berlin.
- Porter, M. E. (1990): Wettbewerbsstrategie – Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten, Frankfurt u. a.
- Porter, M. E. (1998): The Competitive Advantage of Nations, New York u. a.
- Rautenstrauch, T./Müller, C./Kurzich, M. (2003): Effektive Unterstützung von Führungsentscheidungen in mittelständischen Unternehmen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in den Kammerbezirken Ostwestfalen und Lippe, Bielefeld.
- Reimann, B. W. (1995): Stichwort »Integration, funktionale«, in: Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R./Rammstedt, O./Wienold, H. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie, 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl., S. 304.
- Roeder, N./Hensen, P./Fiori, W./Bunzemeier, H./Loskamp, N. (2004): DRGs, Wettbewerb und Strategie, in: Das Krankenhaus, Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Bd. 9, S.703-711.
- Roeder, N./Rochell, B. (2004): 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, Stuttgart, S.69-100.
- Rosenbrock, R. (1999): Voraussetzungen, Chancen und Risiken für integrierte Versorgungsformen, in: Forum der AOK – die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.): Innovationen für Gesundheit, Frankfurt a. M.

- Sabel, C. (1986): Struktureller Wandel der Produktion und neue Gewerkschaftsstrategien, in: Prokla – Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, Jg. 16, Nr. 62.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht, Baden-Baden, Ziffer 352 ff.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Sánchez Fernández, N./Rehfeld, D. (2003): Potenzialanalyse OWL. Branchen, Kompetenzen, Perspektiven. Initiative für Beschäftigung OWL e. V./Bezirksregierung Detmold (Hrsg.), Bielefeld.
- Schäfermeier, B./Möller, K. (2003): Zur Halbzeit bereits mehr Besucher als im Vorjahr. Pressemitteilung zur M.O.W.-Pressekonferenz am 24.09.2003, www.mow.de/pages/presseaktuell030924.html, Stand: 05.04.2004.
- Schaller, J. (1988): Die staatliche Regulierung des Marktes für Arztleistungen – Untersuchungen zur Entstehung und Auswirkung der Zulassungsbeschränkungen bei niedergelassenen Ärzten mit Hilfe von Theorien der Regulierung, Konstanz.
- Schenk, S. (1995): Evolution kooperativen Verhaltens – Spieltheoretische Simulationen, Wiesbaden.
- Schiller, R. (1998): Unternehmensnetzwerke bei kleinen und mittleren Unternehmen – Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Wienand, U./Nathusius, K.: Unternehmensnetzwerke und virtuelle Organisationen, Stuttgart.
- Schmidt, K. (2002): Pauschalvergütung muss keine Horrorvision sein, in: MMW-Fortschr. Med., 144. Jg., Bd. 3-4, S. 56.
- Schneider, M./Schwarz, E./Wikner, U. (1999): Kooperation. Der direkte Weg zum Erfolg. Fallbeispiele, Verträge, Umsetzung, Frankfurt a. M. u. a.
- Schubert, W./Küting, K. (1981): Unternehmenszusammenschlüsse, München.
- von der Schulenburg, J.-M. Graf/Greiner, W. (2000): Gesundheitsökonomik, Tübingen.
- 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.

- Selbmann, H.-K. (1997): 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 u. a., S. 253-258.
- Selbmann, H.-K. (2004): Der Qualitätsbericht ab 2005 – wozu und für wen?, in: Das Krankenhaus, Bd. 9, S. 712-716.
- Sobel, J. (2005): Interdependent Preferences and Reciprocity, in: Journal of Economic Literature, Juni, Vol. XLIII, Nr. 2, S. 392-436.
- Stadtfeld, F. (Hrsg.) (1993): Europäische Kurorte: Fakten und Perspektiven, Limburgerhof.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2003): Statistik regional. Daten für die Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands, Ausgabe 2003.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.) (2000): Gesundheitswesen, in: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: 1998, Fachserie 12, Reihe 6.1, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2004): www.destatis.de, Stand 01.04.2004.
- Staudt, E. (1992): Kooperationshandbuch – Ein Leitfaden für die Unternehmenspraxis, Technik und Wirtschaft, Integriertes Management, Stuttgart.
- Suwelack, C. (2004): Beratung in der Möbelindustrie, gestern, heute, morgen. Mit Hochleistungsorganisation und Informationstechnik ans Ziel, in: HOB-Die Holzbearbeitung, Nr. 10, S. 66-69.
- Swedberg, R. (2003): Game Theory and Sociology. Landmarks in Game Theory from a Sociological Perspective, in: History of Economic Ideas, XI, No. 3, S. 15-42.
- Sydow, J. (1992): Strategische Netzwerk. Evolution und Organisation, Wiesbaden.
- Teutoburger Wald Tourismus (TWT) e. V. Bielefeld (2004): www.teutoburgerwald.de, Stand 01.04.2004.
- Teutoburger Wald Tourismus (TWT) e. V. Bielefeld (2005): www.teutowellness50plus.de, Stand 15.01.2005.
- Thielemann, F. (1999): Innovation durch Kooperation, in: Ciesinger, K./Siebecke, D./Thielemann, F. (Hrsg.): Innovationsintegral Mittelstand: Kompetenzentwicklung in Medienkooperationen, Münster.
- Thom, N. (1991): Betriebliches Vorschlagswesen – Ein Instrument der Betriebsführung, 3. erw. Aufl., Bern.
- Thurow, L. C. (1996): Die Zukunft des Kapitalismus, Düsseldorf.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1998): VDR Statistik Rehabilitation – Leistungen zur Rehabilitation und sonstige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1997, Bd. 127, Frankfurt a. M.

- Voigt, K. I. (2000): Zeitwettbewerb, in: Götze, U./Mikus, B./Bloech, J.: Management und Zeit, Heidelberg.
- Wasem, J. (1997): 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, Stuttgart u. a., S. 75-91.
- Welter, F. (2003): Strategie, KMU und Umfeld. Handlungsmuster und Strategiegeneese in kleinen und mittleren Unternehmen, Berlin.
- Westfalen Blatt (2004): Vorteile für Betriebe und Auszubildende. Ausbildungsnetzwerk »BANG« startet jetzt auch im südlichen Kreisgebiet, Nr. 23/24.
- Wiehengebirgsklinik Holsing (2004a): www.holsing.de, Stand 02.06.2004.
- Wiehengebirgsklinik Holsing (2004b): www.wiehengebirgsklinik.de, Stand 02.06.2004.
- Wille, E. (2003): Die GKV zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Ausgabendynamik, in: Albring, M./Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt a. M.
- Wolter, H./Wolff, K./Freund, W. (1998): Das virtuelle Unternehmen – Eine Organisationsform für den Mittelstand, Schriften zur Mittelstandsforschung, Bd. 80, Wiesbaden.
- Wulf, J. (2004): Die Entwicklung der Bündler Ärzteinitiative »Medizin und Mehr« zu einem Gesundheitsunternehmen, Masterarbeit an der Universität Paderborn, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Paderborn.
- Zanger, C. (2002): Kompetenzen in KMU Netzwerken, in: Füglistaller, U./Pleitner, H. J./Volvery, T./Weber, W. (Hrsg.): Umbruch der Welt – KMU vor Höhenflug oder Absturz, St. Gallen.
- ZiMit (2002a): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 1, www.zimit.de/media/circular/Rundbrief_2002_1.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2002b): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 2, www.zimit.de/media/circular/Rundbrief_2002_2.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2002c): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 3, www.zimit.de/media/circular/ZimitSeptember2002.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2002d): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 4, www.zimit.de/media/circular/Dez02-Zimit-Rundbrief.pdf, Stand: 02.08.2004.

- ZiMit (2003a): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 5, www.zimit.de/media/circular/April03-Zimit-Rundbrief.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2003b): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 6, www.zimit.de/media/circular/Juli03-Zimit-Rundbrief.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2003c): ZiMit Info. Neues aus der Zukunftsinitiative Möbelindustrie Ostwestfalen-Lippe, Ausgabe 7, www.zimit.de/media/circular/Okttober03-Zimit-Rundbrief.pdf, Stand: 02.08.2004.
- ZiMit (2004): ZiMit-Fachforen-Export-Projekte, www.zimit.de/fachforen/export/projekte.php, Stand: 02.08.2004.
- ZOW – Zuliefermesse Ost-Westfalen (2004): Die ZOW-Story, www.zow-messe.de/01de/content/06,01.htm, Stand: 05.04.2004.

edition der Hans-Böckler-Stiftung
bisher erschienene Reihentitel ab Band 115

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|---------|
| <i>Achim Sollanek</i> Versicherungsbilanzen nach deutschem Handelsrecht | 13115 | 3-935145-92-6 | 10,00 |
| <i>Kuno Schedler • John Philipp Siegel</i> Strategisches Management in Kommunen | 13116 | 3-935145-93-4 | 28,00 |
| <i>Marita Körner</i> Riesterrente, Eichelförderung und geschlechtereinheitliche Tarife | 13117 | 3-935145-94-2 | 10,00 |
| <i>Arno Prangenberg • Manuela Aldenhoff</i> Steuerliche Grundlagen der Umwandlung von Unternehmen | 13118 | 3-935145-95-0 | 12,00 |
| <i>Andrea Jochmann-Döll • Karin Tondorf</i> Monetäre Leistungsanreize im öffentlichen Sektor | 13119 | 3-935145-96-9 | 16,00 |
| <i>Andreas Boes • Michael Schwemmler</i> Herausforderung Offshoring. Auslagerung von IT-Dienstleistungen aus Unternehmen | 13120 | 3-935145-97-7 | 15,00 |
| <i>Wolfgang Gerstlberger • Wolfram Schmittl</i> Public Private Partnership | 13121 | 3-935145-98-5 | 15,00 |
| <i>Barbara Sternberger-Frey</i> Finanzwirtschaftliche Kennzahlen als Basis von Erfolgsbeteiligungen | 13122 | 3-935145-99-3 | 10,00 |
| <i>Johannes Koch • Winfried Heidemann • Christine Zumbeck</i> Nutzung elektronischer Netze zur Unterstützung des Lernens im Betrieb | 13123 | 3-86593-001-8 | 12,00 |
| <i>Wolfgang Däubler</i> Kontrolle von Arbeitsverträgen durch den Betriebsrat | 13124 | 3-86593-002-6 | 12,00 |
| <i>Klaus Hess • Siegfried Leittretter</i> Innovative Gestaltung von Call Centern – Kunden- und arbeitsorientiert | 13125 | 3-86593-000-X | 10,00 |
| <i>Margarethe Herzog (Hrsg.)</i> Gender Mainstreaming | 13126 | 3-86593-003-4 | 28,00 |
| <i>Elke Wiechmann</i> Lokale Gleichstellungspolitik vor der Trendwende oder die modernisierte Tradition | 13127 | 3-86593-004-2 | 18,00 |
| <i>Christoph Andersen • Marcus Beck • Stephan Selle (Hrsg.)</i> Konkurrieren statt Privatisieren | 13128 | 3-86593-005-0 | 18,00 |
| <i>Bernhard Hillebrand</i> Ökologische und ökonomische Wirkungen der energetischen Sanierung des Gebäudebestandes | 13129 | 3-86593-006-9 | 10,00 |

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------|
| <i>Angela Wroblewski • Andrea Leitner</i> Lernen von den Besten. Interdependenzen von Frauenerwerbsbeteiligung und Geburtenzahlen im Ländervergleich | 13130 | 3-86593-007-7 | 15,00 |
| <i>Hartmut Küchle</i> Rüstungsindustrie transatlantisch? Chancen und Risiken für den deutschen Standort | 13131 | 3-86593-008-5 | 12,00 |
| <i>Klaus Maack</i> Wachstumspol Stettin und Auswirkungen auf die Entwicklung der deutschen-polnischen Grenzregion | 13132 | 3-86593-009-3 | 18,00 |
| <i>Herbert Baum • Klaus Esser • Judith Kurte • Jutta Schneider</i> Regionale Entwicklung und der Frankfurter Flughafen | 13133 | 3-86593-010-7 | 15,00 |
| <i>Anita Pfaff • Gert G. Wagner • Jürgen Wasem</i> Zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung | 13134 | 3-86593-011-5 | 24,00 |
| <i>Hartmut Küchle</i> Die Neustrukturierung des deutschen Rüstungsmarktes als industriepolitische Aufgabe | 13135 | 3-86593-012-3 | 20,00 |
| <i>Mechthild Kopel • Sandra K. Saeed • Dietrich Englert</i> Gender Mainstreaming | 13136 | 3-86593-013-1 | i. Vorb. |
| <i>Mathias Hein • Gertrud Hovestadt • Johannes Wildt</i> Forschen Lernen | 13137 | 3-86593-014-X | 12,00 |
| <i>Oliver Farhauer</i> Humanvermögensorientierung in Grundsicherungssystemen | 13138 | 3-86593-015-8 | 18,00 |
| <i>Andreas Pentz • Achim Sollanek</i> Cash-Pooling im Konzern | 13139 | 3-86593-016-6 | 15,00 |
| <i>Volker Eichener • Rolf G. Heinze</i> Beschäftigungspotenziale im Dienstleistungssektor | 13140 | 3-86593-017-4 | 29,00 |
| <i>Peter Kalkowski • Otfried Mickler</i> Projektorganisation in der IT- und Medienbranche | 13141 | 3-86593-018-2 | 28,00 |
| <i>Riza Gürel</i> Betriebsverfassungsgesetz in türkischer Sprache | 13142 | 3-86593-019-9 | 15,00 |
| <i>Henry Schäfer • Philipp Lindenmayer</i> Externe Rechnungslegung und Bewertung von Humankapital | 13143 | 3-86593-020-4 | 10,00 |
| <i>Ulrike C. Kannengießler</i> Arbeitsschutz für Frauen | 13144 | 3-86593-021-2 | 15,00 |
| <i>Carsten Würmann</i> Was heißt hier eigentlich gewerkschaftlich? | 13145 | 3-86593-022-2 | 12,00 |

| | Bestellnr. | ISBN | Preis/€ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------|
| <i>Dorothee Beck (Hrsg.)</i> Zeitarbeit als Betriebsratsaufgabe | 13146 | 3-86593-023-9 | 15,00 |
| <i>Martin Führ • Andrea Baukowitz (Hrsg.)</i> Evaluierung regionalwirtschaftlicher Wirkungsanalysen | 13147 | 3-86593-024-7 | 19,00 |
| <i>Birgit K. Mielke</i> Grundlagen des handelsrechtlichen Jahresabschlusses und Jahresabschlussanalyse | 13148 | 3-86593-025-5 | 10,00 |
| <i>Thomas Ebert</i> Generationengerechtigkeit in der gesetzlichen Renten- versicherung – Delegitimation des Sozialstaates? | 13149 | 3-86593-026-3 | 18,00 |
| <i>Marcus Kahmann</i> Mit vereinten Kräften. Ursachen, Verlauf und Konsequenzen der Gewerkschaftszusammenschlüsse von IG BCE und ver.di | 13150 | 3-86593-027-1 | 10,00 |
| <i>Sibel Vurgun (Hrsg.)</i> Gender und Raum | 13152 | 3-86593-029-8 | 28,00 |
| <i>Achim Sollanek</i> Bankbilanzen nach deutschem Handelsrecht. Betriebswirtschaftliche Handlungshilfen | 13153 | 3-86593-030-1 | 12,00 |
| <i>Siegfried Leitretter (Hrsg.)</i> Energieeffizientes Krankenhaus – für Klimaschutz und Kostensenkung | 13154 | 3-86593-031-X | 18,00 |
| <i>Klaus Maack • Jesco Kreft • Eckhard Voss</i> Zukunft der Milchwirtschaft | 13155 | 3-86593-032-8 | 18,00 |
| <i>Susanne König • Mette Rehling</i> Mitarbeitergespräche | 13156 | 3-86593-033-6 | 12,00 |
| <i>Herbert Klemisch • Philip Potter (Hrsg.)</i> Instrumente nachhaltigen Wirtschaftens in der Unternehmenspraxis | 13157 | 3-86593-034-4 | 19,00 |
| <i>Peter Martin</i> Mobile Büroarbeit | 13158 | 3-86593-035-2 | in Vorb. |
| <i>Björn Rohde-Liebenau</i> Whistleblowing | 13159 | 3-86593-036-0 | 10,00 |
| <i>Jürgen Enders</i> Promovieren als Prozess – Die Förderung von Promovierenden durch die Hans-Böckler-Stiftung | 13160 | 3-86593-037-9 | 12,00 |
| <i>Thomas Blanke</i> Vorrats-SE ohne Arbeitnehmerbeteiligung | 13161 | 3-86593-038-7 | 12,00 |
| <i>Oliver Schöller</i> Mobilität im Wettbewerb | 13162 | 3-86593-039-5 | 12,00 |

| | BestellNr. | ISBN 10/13 | Preis/€ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------|
| <i>Gertrud Hovestadt • Nicole Keßler • Otto Pompe Peter Stegelmann</i> Internationale Bildungsanbieter auf dem deutschen Markt | 13163 | 3-86593-040-9 | 12,00 |
| <i>Marita Körner</i> Flexicurity in atypischen Arbeitsverhältnissen | 13164 | 3-86593-041-7 | 10,00 |
| <i>Birgit Soete</i> Biotechnologie in Vergleich – Wo steht Deutschland? | 13165 | 3-86593-044-1 | 19,00 |
| <i>Heinz Putzhammer (Hrsg.)</i> Wege zu nachhaltigem Wachstum, Beschäftigung und Stabilität | 13166 | 3-86593-045-X | 10,00 |
| <i>Frank Havighorst</i> Personalkennzahlen | 13167 | 3-86593-046-8 | i. Vorb. |
| <i>Thomas Fritz • Kai Mosebach • Werner Raza Christoph Scherrer</i> GATS-Dienstleistungsliberalisierung | 13168 | 3-86593-047-6 | 15,00 |
| <i>Wolfgang Irrek • Stefan Thomas</i> Der EnergieSparFonds für Deutschland | 13169 | 3-86593-048-4 | 16,00 |
| <i>Thomas Blanke</i> Erweiterung der Beteiligungsrechte SE-Betriebsrats durch Vereinbarung | 13170 | 3-86593-049-2 | 10,00 |
| <i>Ingo Kübler</i> Stabsmitarbeiter und Referenten betrieblicher Interessenvertretungen | 13174 | 3-86593-053-0 | 10,00 |
| <i>Gertrud Kühnlein</i> Einstiegsqualifizierung für Jugendliche (EQJ) | 13175 | 3-86593-054-9 | 10,00 |
| <i>Peter Liepmann • Oliver Bonkamp • Britta Martina Gohs</i> Kooperation und Netzwerke in ausgewählten Branchen der Region Ostwestfalen-Lippe | 13176 | 10: 3-86593-055-7 13: 978-3-86593-055-2 | 29,00 |
| <i>Henry Schäfer • Oliver Kuhnle</i> Die bilanzielle Behandlung von Zweckgesellschaften und ihre Bedeutung im Rahmen der Corporate Governance | 13177 | 10: 3-86593-056-5 13: 978-3-86593-056-9 | 15,00 |

Ihre Bestellungen senden Sie bitte unter Angabe der Bestellnummern an den Setzkasten oder unter Angabe der ISBN an Ihre Buchhandlung. Ausführliche Informationen zu den einzelnen Bänden können Sie dem aktuellen Gesamtverzeichnis der Buchreihe *edition* entnehmen.

Setzkasten GmbH
Kreuzbergstraße 56
40489 Düsseldorf
Telefax 0211-408 00 90 40
E-Mail mail@setzkasten.de

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14täglich erscheinenden Infodienst »Böckler Impuls« begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin »Mitbestimmung« und die »WSI-Mitteilungen« informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** ■■■

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

