



LEIPZIG GRADUATE SCHOOL OF MANAGEMENT

Lehrstuhl für Marketingmanagement
Prof. Dr. Kirchgeorg

Gesundheitscluster Leipzig Praxisprojekt Bericht

Projektteam: Aupetit, Sabine
Giegel, Arne
Hense, Christian
Hochmuth, Oliver
Schminke, Christof

Betreuerin: Dipl.-Kauffrau Eva Grobe

Leipzig, im Juni 2003

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis.....	II
1. Einführung.....	1
2. Konzeption des Projektes	2
2.1 Projektmanagement	2
2.2 Marktanalyse	3
2.3 Netzwerkteilnehmerbefragung	9
2.4 Kundenbefragung	9
2.5 Clustertheorie	10
2.5.1 Definition	10
2.5.2 Benchmark	13
3. Umsetzung des Gesundheitsclusters Leipzig	14
3.1 Ergebnisse der Netzwerkteilnehmerbefragung	15
3.2 Organisation des Clusters	17
3.2.1 Das 3 Ebenen Modell	17
3.2.2 Vernetzungsstrategien	19
3.3 Auswertung der Kundenbefragung	22
3.3.1 Ergebnisse der Kundenbefragung	23
3.3.2 Handlungsempfehlungen für den Marktauftritt	25
4. Fazit der Projektes	26
4.1 Erfahrungsbericht.....	27
4.2 Kritische Betrachtung des Projektes	29
Anhang mit Anhangsverzeichnis.....	31
Literaturverzeichnis.....	44

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
Dipl.	Diplom
EUR	Euro
e.V.	eingetragener Verein
EVAAA	Europäische Vereinigung für aktives Anti-Aging
GCL	Gesundheitscluster Leipzig
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HHL	Handelshochschule Leipzig
Hr.	Herr
i.d.R.	in der Regel
insbes.	insbesondere
Mio.	Millionen
NT	Netzwerkteilnehmer
p.a.	per anno
Priv.-Doz.	Privatdozentin
sog.	sogenannte
Std.	Stunden
u.a.	und anderem
u.s.w.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.T.	zum Teil

1. Einführung

Ausgangspunkt des Projektes ist die gegenwärtige Diskussion um die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit der Krankenversicherungen und letztendlich die Frage nach der zukünftigen Entwicklung des gesamten Gesundheitssystems in Deutschland. Die fortschreitenden Einsparungen im Gesundheitssystem und die damit verbundenen Kürzungen des Leistungsangebotes der gesetzlichen Krankenkassen werden in Zukunft die Eigenverantwortlichkeit und das Vorsorgebewusstsein jedes einzelnen zu verstärken haben. Für die bestehenden Dienstleister im Gesundheitssystem stellt sich die Frage, wie auf die sich ändernden Marktbedingungen in Zukunft reagiert werden kann, um den neuen Anforderungen des Marktes gerecht zu werden.

Gerade der Bereich der Gesundheit und Prävention wurde im Gegensatz zur reinen Krankheitsmedizin in der Vergangenheit vernachlässigt. Es ist zu hinterfragen, wie die in Zukunft verstärkte Nachfrage nach strukturierten, evaluierten und abgestimmten Dienstleistungsangeboten im Sinne der Kunden befriedigt werden kann, da sich der Markt für Gesundheits- und Präventionsdienstleistungen eher monostrukturiert darstellt und die einzelnen Anbieter eher auf Einzelangebote spezialisiert sind. Die Qualität und der Innovationscharakter der Angebote ist für den Kunden unübersichtlich und kaum zu beurteilen.

Ein Konzept zur Überwindung bestehender Herausforderungen könnte der Zusammenschluss von qualifizierten Gesundheitsanbietern in einem Cluster sein. Cluster, eher bekannt aus der Automobilindustrie bzw. der Computerbranche, sind Zusammenschlüsse von Unternehmen und Institutionen, die von verstärktem Informationsaustausch und Kooperation profitieren. Die Vision eines Gesundheitsclusters könnte ein Netzwerk aus Wissenschaft und Wirtschaft sein, das kundenorientierte Gesundheits- und Vitalitätsdienstleistungen von höchster Qualität anbietet.

Im Rahmen des obligatorischen Praxisprojektes der Handelshochschule wurde im Zeitraum von Ende März bis Anfang Juni 2003 in Zusammenarbeit mit Frau Priv.-Doz. Dr. Meissner-Pöthig, der Vorsitzenden der Europäischen Vereinigung für Aktives Anti-Aging e.V. Berlin und Initiatorin des Gesundheitsclusters Leipzig (GCL), und einer Studentengruppe der Handelshochschule Leipzig eine

Konzeption zum Aufbau und der Etablierung eines Gesundheitsclusters in der Region Leipzig erarbeitet.

Schwerpunkte der Arbeit waren insbesondere die Analyse des Marktpotentials für Gesundheit und Prävention in der Region Leipzig, die theoretische Fundierung des Clustergedankens, die Konzeption des Gesundheitsclusters mit der Einbeziehung der Netzwerkteilnehmer- und Kundenperspektive sowie das Aufzeigen von Vernetzungsstrategien und den daraus resultierenden Vorteilen für Kunden und Netzwerkteilnehmer (NT).

2. Konzeption des Projektes

Im folgenden sollen das Projektmanagement kurz erläutert und die Arbeitsschritte des Projektes beschrieben werden. Im dritten Teil des Berichtes wird die Anwendung der spezifischen Erkenntnisse auf das Gesundheitscluster Leipzig verdeutlicht.

2.1 Projektmanagement

Das Projektmanagement wurde in zwei Module eingeteilt: auf der einen Seite wurde der Leipziger Gesundheitsmarkt analysiert, auf der anderen Seite die Grundlagen für die Bildung eines Clusters gelegt. Die Analyse des Leipziger Gesundheitsmarktes schloss eine umfassende Marktanalyse, eine Netzwerkteilnehmer- und eine Kundenanalyse ein. Im Bereich der Clusterbildung wurden die theoretischen Grundlagen für eine solche erarbeitet (vgl. Endpräsentation Folien).

Die Marktanalyse umschließt die Identifikation und Untersuchung des Gesamtmarktes, d.h. die Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. von Gesundheitsdienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland, und überträgt die gewonnenen Erkenntnisse auf den Leipziger Markt. Hierbei sollte insbesondere ein Marktpotential untersucht werden.

Kern der Kundenanalyse war die Erstellung, Durchführung und Auswertung eines Fragebogens mit dem Ziel, Kundeninteresse an einem Gesundheitscluster zu untersuchen, attraktive Zielgruppen zu identifizieren und mögliche Leistungsangebote des Clusters zu ermitteln.

In der Netzwerkteilnehmerbefragung wurden potentielle NT wie Ärzte, Apotheker und Unternehmer befragt. Hier wurden Ziele und Vorstellungen für

das Cluster erfragt, Anregungen aufgenommen, Einschätzungen des Marktes durch die Unternehmer und zusätzliche Informationen über die Kundenbedürfnisse gewonnen. Die Auswertung dieser Befragung war Grundlage zum Aufbau und zur Ausrichtung des Clusters.

Mit eingehender Lektüre der Fachliteratur wurden die theoretischen Grundlagen zum Aufbau eines Clusters gelegt. Zusätzlich diente der Vergleich mit anderen Clustern aus unterschiedlichen Branchen als Anschauungsbeispiel für die Realisierung von Unternehmensnetzwerken.

Dieses Vorgehen wurde in Absprache mit dem Kunden vereinbart und war Arbeitsgrundlage bis zur Zwischenpräsentation vom 16. Mai 2003.

Nach der Zwischenpräsentation wurden weitere Arbeitsschwerpunkte festgelegt. Diese bezogen sich auf die Ausarbeitung von Strategien zur Vernetzung der Teilnehmer, eine noch eingehendere Analyse der Kundenbefragung nach Beendigung der Umfrage sowie die Aufstellung eines Marketingmixes, die Unterstützung der Clusterleitung bei der Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes zur Realisierung Clusters und die Aufstellung eines Maßnahmenplanes. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgte mit der Endpräsentation sowie der Gründungssitzung des Clusters. Das Projekt dauerte damit insgesamt ca. 3 Monate.

2.2 Marktanalyse

Eine Aufstellung möglicher Handlungsoptionen, z.B. auch bei der vorliegenden Konzeption eines Netzwerks, setzt zwingend das Verständnis der Situation voraus. Nur mit der umfassenden Untersuchung der Umwelt des Betrachtungsobjekts kann gewährleistet werden, dass durch Verständnis der gegenwärtigen Lage und eventueller Veränderungen eine hinreichend fundierte Evaluation strategischer Optionen durchgeführt werden kann.¹

Für die Marktanalyse wurde dabei ein generischer Ansatz verfolgt, der eine Betrachtung der für das zu schaffende Gesundheitscluster Leipzig relevanten Umweltdeterminanten beinhaltet. Hier stand zunächst die allgemeine Untersuchung des deutschen Gesundheitswesens im Vordergrund. Auch in den neunziger Jahren war, diese Ausgaben betreffend, ein deutlicher Anstieg der Aufwendungen zu beobachten, der sich mit einem Kostenwachstum von

¹ Vgl. STEINMANN, H. / SCHREYÖGG, G. (2000), S.158.

nominal 34% zwischen dem Stand von 1992 (163.200 Mio. EUR) und 2000 (218.400 Mio. EUR) darstellte. Die Mitte des vergangenen Jahrzehnts mit dem Beitragsentlastungsgesetz sowie dem GKV-Neuordnungsgesetz beabsichtigten Einsparungen konnten somit keine nachhaltigen Wirkungen entfalten. Mithin ist selbst nach Berücksichtigung der auf Preiserhöhungen im Gesundheitsbereich zurückgehenden inflatorischen Einflüsse noch eine Ausgabenerhöhung zwischen 1992 und 2000 in Höhe von 12,3% zu beobachten.²

Im Gesamtbereich des Gesundheitswesens kann schließlich das für die Netzwerkteilnehmer des GCL spezifische Aktionsgebiet in den „Gesundheitsdienstleistungen“ gesehen werden. Innerhalb der Wertschöpfungskette befinden sich die betroffenen Marktakteure letztendlich zwischen den sie über Zwischenhändler beliefernden produzierenden Unternehmen, wie Pharma- oder Medizinaltechnik-Hersteller, sowie den Endabnehmern, welche Leistungen, vielfach über fiskale Intermediäre, in Anspruch nehmen.

Die Analyse dieses bestehenden Marktes für Gesundheitsdienstleistungen wurde über eine Untersuchung der für die Branche wesentlichen Kräfte sowie der ausgeübten derzeitigen Marketingmaßnahmen vorgenommen.

Gerade über die Betrachtung der Struktur einer Branche sowie des vorhandenen Wettbewerbsgrads sind nach Porter die Einschätzung von Profitabilität und Attraktivität jener Branche möglich, was diese ganzheitliche Markteinschätzung für eine Evaluation der geplanten Netzwerkaktivitäten im relevanten Markt sinnvoll erscheinen lässt.³

Diese Untersuchung lässt sich letztendlich mit einer Analyse von fünf einwirkenden Kräften umsetzen, wobei den Substituten aufgrund der fehlenden Ersatzmöglichkeiten

für das Gut „Gesundheit“ keine allzu große Bedeutung zukommen dürfte. Allein integrierte Kurangebote bzw. bereits bestehende Netzwerke könnten innerhalb des Marktes ein alternatives Angebot darstellen, wobei letztere jedoch meist fachgebietsspezifisch agieren. Bei den Patienten oder Kunden ist hingegen eine eher mittlere Abnehmermacht festzustellen. Zunehmend steigendes Gesundheitsbewusstsein und die wachsende Bereitschaft zur Eigenbezahlung gerade im Bereich vorsorgender bzw. präventiver Leistungen bewirken hier den

² Vgl. BERICHT DES STATISTISCHEN BUNDESAMTS 2002, S. 9f.

³ Vgl. GRANT, R.M. (2002), S. 66ff.

Wunsch zu mehr Transparenz bei diesen meist durch hohe Informationsasymmetrien zwischen Anbieter und Leistungsempfänger geprägten Dienstleistungen. Der Markt ist als wachsend und polypolistisch einzuschätzen.

Von den Zulieferern kann hingegen nur eine geringe Verhandlungsmacht eingebracht werden. Hohe Investitionen im Vorfeld und zeitlich limitierte Patentrechte lassen die betroffenen Unternehmen auf einen schnellen Markteintritt und damit der Bereitschaft zu Zugeständnissen gegenüber Gesundheitsdienstleistern hinarbeiten. Von den Endkonsumenten geht weiterhin steigende Erwartungshaltung und zusätzlicher Druck zu mehr Transparenz aus.⁴

Eine mögliche Bedrohung durch neue in den Markt drängende Anbieter ist schließlich mit einer mittleren Eintrittswahrscheinlichkeit zu erwarten. Nach Erfüllung der im regulierten Bereich bestehenden und im freien Gesundheitsdienstleistungssektor kaum vorhandenen erforderlichen Qualifizierungsvoraussetzungen sehen sich neue Wettbewerber in einem noch teilweise von hohen Renditen gekennzeichneten Markt nur wenigen strategischen Eintrittsbarrieren gegenüber. Unter diesen wäre hauptsächlich der im Dienstleistungsbereich und gerade im Umgang mit dem Gut Gesundheit besonders wichtige Faktor „Kundenbindung und –loyalität“ zu nennen⁵, welcher sich in Form eines umfangreichen Patienten- / Kundenstamms als wirksames lokales Eintrittshindernis erweisen könnte. Im Bereich struktureller Barrieren sind hingegen höchstens die teilweise beträchtlichen notwendigen Anfangsinvestitionen für den Betrieb von Gesundheitsdienstleistungen erwähnenswert.

Letztendlich kann im bestehenden polypolistischen Markt eine hohe Wettbewerbsintensität angenommen werden, in im Wachstum befindlichen Bereichen wie der Gesundheitsvorsorge stehen dabei, z.B. aufgrund des zunehmenden Kostendrucks der gesetzlichen Krankenkassen und fortgesetzter Deregulierung, in Rentabilitätshinsicht schrumpfende Arbeitsgebiete gegenüber. Neben dem beschriebenen Themenfeld der Wettbewerbsumwelt wird gerade dieser Markt signifikant von Einflussfaktoren der sogenannten Makroumgebung tangiert. Hierbei wären technologische, sozio-demographische, politische bzw.

⁴ Vgl. SZATHMARY, B. (1999), S. 120.

⁵ Vgl. MEFFERT, H./BRUHN, M. (2003), S. 105f.

wirtschaftliche sowie Determinanten des „natürlichen Umfelds“ als relevant zu erachten.⁶

Letzteres übt letztlich beispielsweise in Form von auf spezifische Umweltbelastungen zurückzuführenden Allergieerkrankungen einen Einfluss auf das Wohlbefinden des einzelnen Individuums aus. Sozio-demographische Faktoren wie Urbanisierung und angestrebte höchste Hygiene sind wahrscheinlich als weitere Ursachen derartiger Symptome auszumachen. Letztendlich gehen der gewachsene Wohlstand in der Bundesrepublik, das sich erhöhende Durchschnittsalter der Bevölkerung und die auch daraus folgende gestiegene Bedeutung solcher sogenannter „Zivilisationskrankheiten“ mit einem beobachtbaren zunehmenden Gesundheitsbewusstsein einher, was sich in Forderungen nach bestmöglicher medizinischer Betreuung und mehr Interaktion mit den betroffenen Dienstleistern niederschlägt.⁷ Diese Entwicklung wird durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse im Gesundheitsbereich und zunehmende Behandlungsmöglichkeiten unterstützt. Mithin kann auch von der steigenden Bereitschaft zur Selbstfinanzierung bestimmter Angebote ausgegangen werden, was gleichzeitig den Sachzwängen der verantwortlichen Gesundheitspolitik entgegenkommt. Diese ist zunehmend nicht mehr in der Lage, eine ganzheitliche Versorgung der Bevölkerung mit den derzeitigen Finanzierungsmodellen sicherzustellen und stellt folglich auf mehr Eigeninitiative, Ausgabenübernahme durch den Patienten sowie eine Zuwendung zur Prävention und damit Verhinderung von kostenintensiven Erkrankungen im Vorfeld ab.⁸

Eine Analyse der derzeitigen Marktsituation sollte schließlich auch die Betrachtung der Marketinginstrumente beinhalten. Die klassische operative Maßnahmenpolitik im Sinne der „4P“ ist weiterhin durch die im Dienstleistungsbereich anzuwendenden Faktoren Personal-, Ausstattungs- und Prozesspolitik zu ergänzen⁹, um dem besonderen Charakter von Serviceleistungen, welcher sich z.B. durch deren Immaterialität äußert, gerecht werden zu können. Mithin sind zusammen mit den Einflussfeldern Preis-,

⁶ Vgl. KOTLER, P./BLIEMEL, F. (2001), S. 286ff.

⁷ Vgl. GUTACHTEN des Sachverständigenrats (2003), S. 189.

⁸ Vgl. ANTRAG der CDU/CSU Bundestagsfraktion (2002).

⁹ Vgl. MEFFERT, H./BRUHN, M. (2003), S. 355.

Kommunikations-, Produkt- und Absatzpolitik insgesamt sieben Faktoren zu untersuchen. Als besonders charakteristisch ist eine von diversen Restriktionen gekennzeichnete Situation bei regulierten Dienstleistungen, wie z.B. ärztlichen oder pharmazeutischen Angeboten, sowie eine spezifische Heterogenität im „freien“ Leistungsbereich mit nur sehr wenig öffentlichen Reglementierungen zu sehen. Dies äußert sich bei letzteren u.a. in vielfältigen und teilweise unklaren Qualitäts- und Ausbildungsrichtlinien im Gegensatz zu eher präzisen Vorschriften, wie den Berufszugang oder Weiterbildungsmaßnahmen betreffend, im regulierten Bereich. Im Bereich der Absatzpolitik sind weiterhin Restriktionen bei der Produktvermarktung (vor allem bei Ärzten und Apothekern) zu verzeichnen, während „freie“ Anbieter eine Vielzahl von Absatzstrategien betreiben können. Auch die Preispolitik ist dort als heterogen und teilweise intransparent zu bezeichnen. Signifikante Unterschiede existieren insgesamt ebenso bei den Ausstattungsniveaus der Dienstleister. Hier ist jedoch langfristig der Trend zur Schaffung einer „Convenience“ - Atmosphäre für den Patienten zu antizipieren, bei der dem Patienten als Kunden ein angenehmes Umfeld geboten werden soll.¹⁰ Dies kann beispielsweise durch die konsequent leistungsempfängerorientierte Ausstattung der Geschäftsräumlichkeiten, z.B. auch durch eine entsprechende Farbgestaltung, Musik usw. erfolgen. Im Bereich der Prozesspolitik ist vor allem eine unterschiedlich ausgeprägte Interaktion mit dem Patienten / Kunden innerhalb des Leistungsprozesses festzustellen, die sich hauptsächlich im Umgang mit den in diesem Bereich typischen Informationsasymmetrien darstellt. Der Leistungsnehmer ist meistens nicht selbständig in der Lage, sich ein fundiertes Bild vom Prozess selbst und von den teilweise nicht unmittelbar erkennbaren Ergebnissen zu machen, sondern ist in seiner Eigenschaft als Prinzipal (z.B. Patient) im Vertrauen von den Handlungen des informierten Agenten (z.B. Arzt) abhängig.

Hier können noch innerhalb des Marktes große Unterschiede im Umgang mit diesem Problem festgestellt werden, was eine mögliche Operationalisierung in den Determinanten Beratungszeit, Bemühungen zur Schaffung von Transparenz und Möglichkeiten für Feedback des Kunden findet.

¹⁰ Vgl. ERGEBNISSE der Netzwerkteilnehmerbefragung

Nach der Analyse des Gesamtmarktes für Gesundheit und des Teilbereichs Dienstleistungen war für die quantitative Markteinschätzung des Gesundheitsclusters nun eine Betrachtung der Ausgaben speziell für Prävention und Vorsorge vorzunehmen.

Die Ausgabenarten des Jahres 2000 im deutschen Gesundheitswesen ergaben schließlich einen verhältnismäßig kleinen, aber volumenmäßig nicht uninteressanten Anteil dieser Aufwendungen (9.785 Mio. EUR), wobei sicherlich weitere Betätigungsfelder des GCL außerhalb dieses Bereichs zu finden sein werden. Da diese jedoch im Moment nicht nachvollziehbar zu quantifizieren sind, kann der alleinige Einbezug der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsvorsorge und das daraus folgende nationale Marktvolumen in Höhe von vier Prozent an den Gesamtaufwendungen als Ergebnis im Sinne des Vorsichtsprinzips eingeschätzt werden. Eine nähere Betrachtung der Entwicklung dieser Ausgaben in den Jahren zwischen 1992 und 2000 ergab mit 42 % Zuwachs schließlich einen im Vergleich zum Gesamtmarkt überproportionalen Umsatzanstieg. Bei den Trägern dieser Kosten ist zusätzlich eine zunehmende Beteiligung privater Haushalte und Organisationen an der Finanzierung zu erkennen.¹¹

Bei der Übertragung der gesamtdeutschen Ergebnisse auf die für das GCL relevante Stadt Leipzig ergibt sich aufgrund des von der Kommune gewonnenen EU-Wettbewerbs „Interreg III B“, durch welches die Rahmenbedingungen sowohl bestehender Netzwerke wie die hiesigen Automobil-, Medien- bzw. Biocluster als auch explizit eines möglichen „Gesundheits- und Wellness-Clusters“¹² verbessert werden sollen, mittelfristig wahrscheinlich die Möglichkeit einer fundierten lokalen Marktanalyse sowie für Machbarkeitsstudien. Für den jetzigen Zeitpunkt sind von uns daher vorläufige Zahlen kalkuliert worden. Basierend auf der Annahme einer Nichtrelevanz von Gesundheitsschutz (z.B. Betriebsschutz, Vorsorgeimpfungen) für das GCL wurden die restlichen nationalen Ausgaben aus dem Bereich Prävention in Höhe von 5.980 Mio. EUR dabei unter der Prämisse von Gleichverteilung in der Bundesrepublik auf die Stadt Leipzig umgelegt. Hier wurde zusätzlich die

¹¹ Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, S. 40ff.

¹² Vgl. im Internet:
www.leipzig.de/de/index.htm?portal=1;business/wirtschaft/n_li_euprojekte.htm;anstrichindex=9,
verfügbar, Stand 20.05.2002

hiesige schwächere Kaufkraft in Höhe von 90,56% des Bundesschnitts berücksichtigt.¹³ Letztendlich ergibt sich damit ein geschätztes lokales Marktvolumen in Höhe von ca. 33 Mio. EUR p.a.

2.3 Netzwerkteilnehmerbefragung

Um in einem ersten Schritt die Zielsetzungen und Motivationen potentieller NT zu analysieren, wurden auf Grundlage eines detaillierten Fragebogens persönliche Interviews mit den NT' geführt. Der erstellte Fragenkatalog umfasste 28 Fragen zu den Themenkomplexen „Leistungsspektrum und Kernkompetenzen des NT“, „Ziele und Erwartungen an ein Gesundheitscluster“, sowie Fragen „zum bestehenden Kundenstamm der NT“ (vgl. Anhang I). Der Grossteil der Fragen war in Form offener Fragen gestellt, da die Anzahl der zehn befragten Unternehmer überschaubar war und die Antworten der NT zur relativ unbekanntem Clusterthematik nicht durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten beschränkt werden sollten. Aus dem Kreise der potentiell interessierten NT, die Frau Priv.-Doz. Dr. Meissner-Pöthig im Vorfeld akquiriert hatte, wurden Interviews mit folgenden Anbietern geführt:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits-, Vital- und Präventionszentrum (GVPZ), Hr. Dr. med. Böhlitz - Forschungs- u. Präventionszentrum (FPZ) Hr. Dr. med. Michalski - Medizinisch-psychologisches Gesundheitstraining (MPG), Hr. Dr. med. Meier - Raucherentwöhnung, Fr. Dr. med. Nischik | <ul style="list-style-type: none"> - Optifit Fitnessclub GmbH, Hr. Dr. Werner - Jupiter Apotheke, Hr. Dr. Wunderlich - Spa Solutions, Fr. Blecker - ETZ Ernährungsberatung, Fr. Scholz - Händel Apotheke, Hr. Amir Madjdian - Wellfit Fitness, Hr. Dienersberger |
|--|--|

2.4 Kundenbefragung

Die Kernfrage bei der Planung eines GCL lautete: „Besteht ein bewusst wahrgenommenes Bedürfnis der Leipziger Bevölkerung für ein integriertes Gesundheitsdienstleistungsangebot?“ Die Internalisierung der Kundenperspektive wurde über eine Kundenbefragung erreicht. Im Anhang

¹³ Vgl. STATISTISCHER QUARTALSBERICHT 4/2002, S. 3.

findet sich eine Aufzählung aller gestellten Fragen (vgl. Anhang II). Mit der Befragung potentieller Kunden des GCL sollten im wesentlichen die folgenden Erkenntnisse gewonnen und die aufgeführten Fragen beantwortet werden:

1. Einteilung der Zielgruppe bzw. Bestätigung der zuvor abgegrenzten Zielgruppe
2. Stößt das Gesundheitscluster in der Zielgruppe auf Interesse?
3. Welche Leistungsangebote sollte das GCL umfassen?
4. Bereitschaft der Zielgruppe, Geld und Zeit in Gesundheitsdienstleistungen zu investieren

Die Kundenbefragung wurde vom 03.05.2003 bis zum 28.05.2003 durchgeführt. In diesem Zeitraum wurden 290 Fragebögen verteilt, Daten aus 129 eingegangenen Fragebögen wurden vom 28.05.2003 bis zum 04.06.2003 aufbereitet und ausgearbeitet. Neben bereits bestehenden Kunden der interessierten NT wurden Leipziger Studenten und überwiegend führende Mitarbeiter in Leipziger Firmen und Instituten (bspw. Leipziger Messe, SEB, Marriott Hotel Leipzig, German Chamber of Commerce, usw.) befragt. Eine solch gezielte Auswahl der Probanden wurde angestrebt, da die Leistungen des GCL voraussichtlich von Personen genutzt werden, die als Selbstzahler bereit zur finanziellen Übernahme von Eigenverantwortung sein müssen, ergo zu den „Besserverdienenden“ gezählt werden können.

2.5 Clustertheorie

Parallel zur Analyse des Marktes und der Kunden sowie der Befragung der Netzwerkteilnehmer war es von großer Bedeutung, die definitorischen Grundlagen eines zu schaffenden Clusters zu legen und durch den Benchmark anderer Cluster, Implikationen und Erfahrungswerte für die Schaffung des neuen Clusters zu gewinnen.

2.5.1 Definition

Nach Michael E. Porter sind „Cluster eine Organisationsform von Industrien, die höhere Produktivität und mehr Innovationen erzeugen als räumlich weiter aufgefächerte Strukturen.“¹⁴ Verdeutlicht wird dies, wenn man die Definition von D.-S. Diekmann hinzuzieht: Cluster seien Netzwerke „eingebettet in eine

¹⁴ PORTER, M.E. (2003), S. 20.

regionale Agglomeration von Ausbildungs- und Forschungsstätten, Unternehmen sowie weiteren staatlichen und privaten Institutionen mit der Fokussierung auf ein Technologiegebiet oder ein Produkt[...]ein dichtes Netzwerk von Kooperations- und Wettbewerbsbeziehungen[...]sowie durch einen regen Informationstausch zwischen den Akteuren gekennzeichnet.“¹⁵

Unternehmen, die an einem Cluster teilnehmen, kombinieren und bündeln ihre Ressourcen und Fähigkeiten in einem Integrationsprozess, wodurch kollektive Kernkompetenzen entstehen und dadurch ein nachhaltiger Wettbewerbsvorteil durch intern wie extern wirksame Kompetenzen geschaffen wird.¹⁶ Dieser Integrationsprozess kann auf unterschiedlichsten Ebenen stattfinden: Bei der Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten, beim Austausch von Ressourcen, bei der Nutzung von Synergien im Einkauf. „Eine solche Clusterstrategie bezieht sich auf die in der Region ansässigen Betriebe als endogenes Potential“ und orientiert sich auf „die Innovationspotentiale interregionaler Zusammenarbeit“, so schreibt G. Dybe.¹⁷

Man kann Cluster anhand verschiedener Eigenschaften kennzeichnen und einordnen. Dies soll hier an Hand derjenigen von G. Dybe und H.J. Kujatz vorgenommen werden, da diese die für den Aufbau des Gesundheitsclusters am geeignetsten erscheinende Methode zu sein scheint (vgl. mit Endpräsentation Folie 22).¹⁸ G. Dybe unterscheidet Unternehmenscluster auf der einen Seite nach der Intensität der Bindung und auf der anderen nach Art und Richtung der Transaktionen. Die Intensität der Beziehung kann zum einen stark, z.B. vertraglich, geregelt sein, oder schwach, rein persönlich-sozialer Natur, sein. Transaktionen verlaufen entweder horizontal, d. h. branchenintern, oder vertikal, branchenübergreifend. Aus der Kombination der einzelnen Merkmale entstehen vier unterschiedliche Arten von Clustern:

- Interessensverbund
- Produktionsverbund
- Kontaktsystem
- Community

¹⁵ DIECKMANN, D.-S. (1999), S 132.

¹⁶ Vgl. KIRCHGEORG, M. (2003), S. 586.

¹⁷ DYBE, G. u.a. (2000), S. 135.

¹⁸ Vgl. DYBE, G. u.a. (2000), S. 33.

Der *Interessenverbund* beschreibt ein Netzwerk, mit starker Bindung der einzelnen Teilnehmer in der gleichen Branche. Dies sind z.B. Abmachungen zwischen Unternehmen zur Absicherung oder Entwicklung einer gemeinsamen Wissensbasis.

Der *Produktionsverbund*, ebenso von starker Bindung der Akteure charakterisiert, beschreibt branchenübergreifende Strukturen. Dies sind z.B. relationale Beziehungen zwischen Zulieferern und Abnehmern.

Das *Kontaktsystem* unterscheidet sich von den beiden erst genannten dadurch, dass es sich hier um ein Netzwerk mit rein persönlich-sozialen Bindungen handelt, dass branchenübergreifend verschiedene Teilnehmer vernetzt.

Die vierte Art des Netzwerkes ist hier ein persönlich soziales Netzwerk innerhalb einer Branche, von G. Dybe „*Community*“ genannt. Dies ist ein kollegiales Beziehungssystem von Experten über konkurrierende Unternehmen hinweg: Hier findet ein Austausch personengebundenen Wissens und dadurch themenzentriertes, nicht an Firmen gebundenes Lernen statt. Der Begriff *Community* scheint hier stark angelehnt an das Internet, was aber Clusterformen von nicht im Internet tätigen Unternehmen natürlich nicht ausschließt.

Im folgenden Teil soll nur auf die letztere Clusterform eingegangen werden, da diese für die Schaffung des GCL als einzig relevante Realisationsform vorstellbar erscheint. Der Grund dafür liegt darin, dass das GCL nur Unternehmen einer Branche umfasst. Außerdem wollen die einzelnen Unternehmen keine Verträge zur Regelung der Zusammenarbeit schließen. Die Grundlage des Clusters werden folglich persönliche und soziale Verbindungen bilden.¹⁹

Im Unterschied zu vertikalen Beziehungen und abgesehen von zweckgerichteten horizontalen Allianzen stößt die Verbreitung von Wissen zwischen konkurrierenden Unternehmen auf der horizontalen Ebene auf erheblichen Widerstand. Zwar lassen sich explizite Wissensbestandteile formal über Patente verbreiten, dies gilt aber nicht für Wissen mit dem Status einer Idee, Fähigkeiten zur praktischen Umsetzung (know-how) oder Kenntnis des Wissens anderer (Know-who).²⁰ Deswegen kommt auch Cooke zu dem Schluss: „Successful clusters and aspiring ones will contain actors who are

¹⁹ Vgl. mit Netzwerkteilnehmerbefragung in 2.4 und 3.1.

²⁰ Vgl. DYBE, G. (2000), S. 30-31.

more open, more willing to exchange ideas, information, even knowledge, and engage in trustful interaction than failing ones” (sinngemäß: Erfolgreich sind Cluster, wenn die Akteure offen dafür sind, Ideen, Informationen und sogar Wissen auszutauschen und sich auf einen vertrauensbildenden Gedankenaustausch einzulassen).²¹

Netzwerke können unterschiedliche Ziele für ihre Ausrichtung bilden. Dies ist von den Vorstellungen der Netzwerkteilnehmer abhängig. Normativ lassen sich aber drei Hauptziele für Cluster im Gesundheitswesen bzw. auf dem Markt von Vitalitätsdienstleistern ableiten: ökonomische Ziele, wie z.B. die Kostensenkung durch abgestimmte Leistungen, leistungsorientierte Ziele, z.B. die Verbesserung des sektorübergreifenden Informationsflusses, und patientenorientierte Ziele, wie die Erhöhung der Patienten- bzw. Kundenzufriedenheit. Ökonomische und leistungsorientierte Ziele zielen auf die Schaffung eines Wettbewerbsvorteils ab, kunden- oder patientenorientierte Ziele auf Schaffung von Nutzenvorteilen für die Kunden bzw. Netzwerkteilnehmer.²²

2.5.2 Benchmark

Das Ziel des Benchmarks war, anhand eines Vergleiches aus den Organisationsformen und der Ausrichtung anderer Netzwerke zu lernen: Im Vordergrund stand die Suche nach der Strategie und daraus resultierenden Aufgaben für das Clustermanagement. Untersucht wurden eine Reihe von Clustern in den verschiedensten Branchen im In- und Ausland (vgl. mit Endpräsentation Folie 59). Dabei wurde deutlich, dass es kaum Gesundheitscluster gibt; wenn, dann nur im Business- to- business Bereich ohne direkten Kontakt zum Kunden.

Die Cluster haben überwiegend zwei Hauptziele für sich definiert: Die Innovationskraft zu fördern und die Wettbewerbsfähigkeit der Teilnehmer zu stärken. Daraus ableiten lassen sich weitere Ziele: es sollen Kooperationen innerhalb und mit anderen Institutionen angeregt, der Wissensaustausch gefördert, eine Marke geschaffen und die zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit gestärkt werden. Daraus ergeben sich die Aufgaben für das Clustermanagement: Es fungiert als Informations- und Kommunikationsbasis,

²¹ COOKE, P. (), S. 185.

²² Vgl. KIRCHGEORG, M. (2003), S. 579.

betreibt Marketing und PR für das Cluster und seine Teilnehmer, regt Kooperationen innerhalb des Netzes an, fördert Forschung und Entwicklung, führt Veranstaltungen durch und versucht Kontakt zu anderen Initiativen zu initiieren. Darüber hinaus lassen sich auch in anderen Gebieten interessante Informationen ableiten: Seien es die einzelnen Bereiche der Homepage oder auch die Angaben der einzelnen Netzwerkeilnehmer im Internet: Die Homepage enthält oft Bereiche wie die Firmendatenbank, Aktionstage, schwarze Bretter, Kontakte, einen Produkt- und Leistungskatalog, eine Projektbörse, eine Jobbörse, Informationen zu verschiedenen Themen wie Akquisition von Fördermitteln und Berichten zu Auslandsinvestitionen etc.

Oft werden detaillierte Informationen der Teilnehmer auf der Homepage angegeben: Die Adressen, Produkte, eine Beschreibung der NT, Kennzahlen, Qualitätszeichen, Kontaktpersonen, Anzahl der Mitarbeiter und Erfolgsfaktoren.

Der Eintrittsprozess der Teilnehmer in das Cluster verläuft unbürokratisch und unkompliziert. Oft reicht ein Ausfüllen eines Internetformulars. Die Finanzierung des Clusters wird im Regelfall von staatlicher Seite her stark unterstützt. Sehr aktiv arbeitet hier die Regierung in Oberösterreich mit verschiedenen Clusterinitiativen zusammen. Ob die einzelnen Teilnehmer auch einen finanziellen Betrag zu entrichten haben, kann man nicht beantworten. Es gibt Beispiele für die Zahlung eines Jahresbeitrags abhängig von der Größe des Unternehmens.

3. Umsetzung des Gesundheitsclusters Leipzig

Um den Erfolg eines Clusters zu ermöglichen, muss eine auf die Ziele der Netzwerkteilnehmer zugeschnittene Organisation geschaffen werden; die Grundlage dafür bieten die Ergebnisse des Netzwerkteilnehmerfragebogens. Darauf ausgerichtet wurde vom Projektteam das 3-Ebenen-Modell entworfen, was im Folgenden vorgestellt wird.

Die Vorteile eines Clusters für die Teilnehmer sind um so höher, je stärker die Bindung zwischen den Teilnehmern ist. Neben der persönlichen Vernetzung gibt es auch formelle Vernetzungsstrategien, die im Anschluss an das Modell beschrieben werden. Parallel dazu tritt das Cluster an die Öffentlichkeit. Hier wurden die Ergebnisse des Kundenfragebogens verwandt um erste Erkenntnisse für Marketingmaßnahmen zu gewinnen.

Die Umsetzung des Clusters schließt die Finanzierung des diesen mit ein. Hier wurde vom Kunden nur Zuarbeit seitens des Projektteams bei der Bewerbung um die Fördermittel im Rahmen des Wettbewerbes Netzwerkmanagement Ost gewünscht. Der interessierte Leser wird daher nur auf die Folie 100 der Endpräsentation verwiesen, auf der die Visualisierung der Finanzierung dargestellt wurde und zur Erläuterung für die Netzwerkteilnehmer diente.

3.1 Ergebnisse der Netzwerkteilnehmer Befragung

Aus den von den NT' genannten Stärken und Schwächen der Stadt bzw. Region Leipzig konnte ein Stärken- und – Schwächen- Profil erstellt werden. Als Stärken wurden insbesondere die hohe Bevölkerungsdichte, die innovative Umgebung (Sport- und Universitätsstadt) genannt, aber auch die Kooperation mit der Wissenschaft und das Potential an gut ausgebildeten Fachkräften sind positive Eigenschaften der Region Leipzig. Als Schwächen sehen die Befragten in erster Linie die geringe Kaufkraft, die relativ gering ausgeprägte Eigeninitiative der Kunden, die hohe Wettbewerbsintensität sowie der heterogene, z.T. undurchsichtige Dienstleistungssektor mit unklaren Qualitätsstandards.

Ein Ergebnis der Interviews war, dass bereits alle Befragten in der Vergangenheit Erfahrungen mit Zusammenarbeit machen konnten. Aus den Antworten konnten in der Auswertung die genannten Erfahrungen der einzelnen Teilnehmer extrahiert werden, die für eine zukünftige Zusammenarbeit wichtig sind. Insbesondere Ehrlichkeit, Offenheit und Disziplin sind Eigenschaften, die für gute Zusammenarbeit als entscheidend genannt wurden. Darüber hinaus wurden auch Kommunikation, Beibehaltung der wirtschaftlichen Eigenständigkeit, eine gemeinsame Sprache nach außen sowie „Mut“ genannt. Unbedingt vermieden werden sollte „Trittbrettfahrer-Verhalten“, gegenseitiges Ausnutzen sowie Zögerlichkeit.

Bezüglich der Organisation des Clusters ergaben sich aus den Antworten konkrete Anforderungen. Eine Person, die als Integrator, Organisator und Promoter fungiert sollte das Cluster leiten. Die Führungsperson sollte insbesondere die Etablierung eines einheitlichen Marktauftritts (Dachmarke), sowie den ständigen Informationsfluss zwischen den Teilnehmern sicherstellen.

Darüber hinaus sollte die Führungsperson gewährleisten, dass nur qualifizierte Teilnehmer Leistungen innerhalb des Clusters anbieten können.

Um als NT die Vorteile des Clusters nutzen zu können, sollten auch die potentiellen NT Anforderungen erfüllen. Neben Durchhaltevermögen, Geduld und Eigeninitiative wurden insbesondere das Preisgeben von Know How und Informationen als wichtige Eigenschaften genannt, um den Clustergedanken zu realisieren.

Wachsender Umsatz, neue Kunden und ein Imagegewinn für das eigene Unternehmen waren häufig genannte Ziele, die sich die NT mit der Teilnahme am Cluster versprechen. Als netzwerkbezogene Ziele sehen die Befragten in erster Linie den Informationsaustausch, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Schaffung eines kompletten, umfassenden Leistungsangebotes im Bereich Gesundheit und Vitalität.

Als Risiken des Clusters sehen die Befragten auftretende Kannibalisierungseffekte zwischen den einzelnen NT, Zeitverzug durch externe Widerstände sowie entgegengerichtete Ziele und Intentionen der unterschiedlichen Anbieter im Cluster.

Auch in Hinblick auf eine mögliche Erweiterung des Clusters konnten die Befragten eine Vielzahl von bestehenden Kontakten in ihrem jeweiligen Expertisebereich nennen. Als Netzwerkpartner könnten mobilisiert werden: der Bundesverband Gesünder Leben e.V., die Akademie für Betriebswirtschaft, Sport und Aerobicsowie diverse Kontakte zur Industrie. Auf Netzwerkteilnehmerebene bestehen Kontakte zu Anbietern von Stressmanagement, Heilpraktikern, persönlichen Trainern, Zahnärzten, spezialisierten Verhaltenstherapeuten, Apothekern sowie Ernährungsberatern die den Angebotskreis erweitern könnten.

In der Befragung sollten die potentiellen NT Dienstleistungen im Bereich Gesundheit und Vitalität nennen, bei denen Sie das Entwicklungspotential als besonders hoch einstufen. Wellness, Dienstleistungen im Bereich Gewichtsreduktion, Behandlung psychosozial determinierter Beschwerdekompexe, Dienstleistungen zur Förderung des kompletten Bewegungsapparates und kognitiver Fähigkeiten sind Leistungen, die als potentiell wichtig für die Zukunft eingeschätzt werden.

Darüber hinaus wurden Massage, Muskelaufbauprogrammesowie Herzfähigkeiten und sinnvolle Nahrungsergänzung genannt. Die genannten Leistungen könnten bei einer Erweiterung, in Abstimmung mit den Kundenbedürfnissen, phasenweise in das Cluster integriert werden.

Im Hinblick auf die weitere Konzeption und Ausgestaltung des Clusters, war die NT- Befragung äußerst hilfreich. Konkrete Handlungsempfehlungen ergaben sich insbesondere aus den Zielsetzungen und den bisherigen Erfahrungen der einzelnen NT. Für die Erstellung des Kundenfragebogens ergaben sich konkrete Ansatzpunkte. Die persönlichen Interviews waren nicht nur für die Informationsbeschaffung wichtig, sondern schafften Vertrauen und Akzeptanz zwischen den NT und den Studenten der Handelshochschule Leipzig für die weiteren Aktivitäten.

3.2 Organisation des Clusters

Die Umsetzung der Ergebnisse des Netzwerkteilnehmerfragebogens war wichtigstes Prinzip in der Realisierung des Clusters. So sollten die Vorstellungen der Netzwerkteilnehmer möglichst gut in eine Organisationsform gegossen werden.

3.2.1 Das 3 Ebenen Modell

Die Befragung der potentiellen Teilnehmer führte zu 4 Kernaussagen, die das Cluster leisten und die Organisation des Clusters widerspiegeln muss: Kundenähe, Zusammenarbeit unter den Netzwerkteilnehmern, klare Leitung des Clusters und die Verpflichtung zu Qualität (vgl. Endpräsentation Folien 26, 63-75). Um dies zu gewährleisten wurde das 3-Ebenen Modell entwickelt, das 3 verschiedene Ebenen des Clusters definiert:

- Akteursebene
- Clusterebene
- Leitungsebene

Die *Akteursebene* meint den Kontakt der Unternehmen zu den Kunden sowie den Auftritt des Clusters am Markt. Auf die alltägliche Arbeit der Netzwerkteilnehmer nimmt das Cluster nur indirekt Einfluss. Dies geschieht nur in Bereichen des Qualitätsmanagements, bei denen man sich clusterintern auf bestimmte Standards einigt bzw. eine besondere Kundenorientierung und ein

spezielles Servicebewusstsein vereinbart. Parallel dazu unterstützt das Cluster mit verschiedensten Aktivitäten die Netzwerkteilnehmer bei der Kundengewinnung und -bindung. Dies kann durch eine clusterbezogene Pressearbeit geschehen, durch die Organisation von Clustertagen, die Unterstützung der Netzwerkteilnehmer bei der eigenen PR oder auch die Kombination von Angeboten der Netzwerkteilnehmer zu einzelnen Produkten. Eine Vielzahl von Möglichkeiten ist denkbar, die Synergieeffekte bieten können und einen höheren Wirkungsgrad prognostizieren.

Auf der *Clusterebene* findet der Austausch der Netzwerkteilnehmer untereinander statt. Die Unternehmensebene verschwindet hier in den Hintergrund und im Vordergrund steht die Kommunikation der Netzwerkteilnehmer über die verschiedensten Themen. Es wird aber auch fachspezifisch gearbeitet. Es können sich kleine Gruppen zu Projektarbeit finden, wie z.B. „Qualitätszirkel“, die Qualitätsstandards für das Cluster schaffen. Auch Schulungen innerhalb des Clusters sind auf dieser Ebene anzusetzen. Die Gestaltung der Aktivitäten des Clusters ist stark von der Aktivität der Teilnehmer abhängig. Sichergestellt werden sollten nur die regelmäßigen Treffen und eine Hauptversammlung, so dass zumindestens eine Plattform für den kontinuierlichen Austausch im persönlichen Bereich geschaffen ist.

Von der *Leitungsebene* geht die initiiierende, motivierende und kontrollierende Führung aus. Die Aufgaben der Leitstelle sind vielfältiger Art. Die Koordination des Clusters mit seinen Teilnehmern muss im Vordergrund stehen. Dabei geht es zunächst um die sozialen Bindungen, die es zu unterstützen und fördern gilt, denn sie entscheiden über den Erfolg des Clusters. Die Leitstelle initiiert zudem Projekte, nimmt Ideen der Netzwerkteilnehmer auf, regt die Teilnehmer zur Mitarbeit an und versucht so die Arbeit zu organisieren. Darüber hinaus konzentriert sie sich auf die Umsetzung der gefassten Beschlüsse der Netzwerkteilnehmer. Die Aufgabe der Leitungsebene ist es aber auch, als Repräsentant des Clusters nach außen aufzutreten und Kontakte zu anderen Institutionen aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik aufzubauen. Auch die aktive Akquise von neuen Netzwerkteilnehmern ist Mitaufgabe der Leitungsebene; sie sollte aber von allen Netzwerkteilnehmern betrieben werden. Die Leitung des Clusters wird zudem den Kontakt zu den Partnern des

Clusters sicherstellen und bekannte Persönlichkeiten aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik für den Beirat gewinnen. Dieses Gremium soll die Qualität des Clusters unterstreichen, für die Netzwerkteilnehmer als Ansprechpartner bei Fragen und Problemen bereit stehen und die Außenwirkung des Clusters unterstützen.

Die Akteursebene realisiert die Kundennähe, die Clusterebene den Austausch zwischen den Teilnehmern und die Leitungsebene die Führung des Clusters. Damit sind die Vorstellungen der Netzwerkteilnehmer eng mit der Organisation verbunden. Die Qualität muss in allen drei Ebenen realisiert werden. Sie ist durch ein Qualitätsmanagement, wie im folgenden Absatz beschrieben, zu institutionalisieren.

3.2.2 Vernetzungsstrategien

Die Grundlage des Gesundheitsclusters sind die persönlichen Verbindungen unter den Netzwerkteilnehmern. Sie sind Voraussetzung für die Entstehung aber auch Grundlage für den Erfolg jedes Clusters. Es ist daher wichtigste Aufgabe des Clustermanagements wie auch der Netzwerkteilnehmer die „Culture of cooperation“ zu fördern und auszubauen.

Neben dieser persönlichen Vernetzung gibt es sogenannte Handlungsfelder für Vernetzung, die speziell für das Gesundheitswesen entwickelt wurden.²³ Das Ziel dieser Handlungsfelder oder auch Strategien zur Vernetzung sind die bessere Kommunikation unter den Netzwerkteilnehmern, um dadurch Kosten und Zeit zu sparen und gleichzeitig dem Kunden eine höhere Transparenz des medizinischen Angebotes zu bieten. Es kann im Netzverbund eine höhere Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Unternehmen realisiert werden und z.B. können Mehrfacherbringungen der gleichen Leistungen vermieden werden. Diese Art der Vernetzung, im Gegensatz zur persönlichen Vernetzung eine eher förmliche, „künstliche“ Vernetzung, wird von der Netzwerkleitung bzw. Netzwerkteilnehmern initiiert und dann entsprechend umgesetzt. Ziel ist, nicht alle Vernetzungsstrategien einzusetzen, sondern vielmehr diese verschiedenen Werkzeuge je nach Bedarf zu verwenden. Zunächst sollte der Kunde und dadurch der Teilnehmer profitieren. Die Vernetzung geschieht dann automatisch.

²³ Vgl. DIEFENBACH, S. u.a. (2002), S. 247 ff.

S. Diefenbach u.a. haben insbesondere fünf Handlungsfelder zur Vernetzung identifiziert:¹⁰

- Prozess- und Arbeitsorganisation
- Dokumentation
- Technische Unterstützung
- Personalentwicklung
- Qualitätsmanagement

Diese fünf Gebiete sollen im Folgenden kurz definiert und erläutert werden. Beispiele dafür bietet die Endpräsentation (vgl. dazu Endpräsentation Folien 32-40, 77-91).

Ein wesentlicher Schritt nach der Etablierung eines Kooperationsmodells ist die Abstimmung der *Prozesse und Abläufe* der beteiligten Einrichtungen. Prozesse lassen sich z.B. anhand des Kundenweges beschreiben: Die Aufnahme des Kunden bei dem NT, der evtl. noch eine Überweisung eines anderen NT vorausgeht, die Behandlung bzw. Dienstleistung am Kunden, die Therapie und zuletzt die „Entlassung“ (vgl. Endpräsentation Folie 78). Hier lassen sich gerade im Bereich Überweisung, Aufnahme und Entlassung ähnliche Prozesse definieren, die man in einem Cluster standardisieren und optimieren kann, was zu Kosten- und Zeitersparnissen führt.

Die *Dokumentation* ist ein wesentliches Verbindungselement auf dem Weg des Kunden durch die Einrichtungen des Netzes und so sind Verbesserung in diesem Bereich somit auch von hoher Bedeutung für die Effizienz und Qualität der Abläufe. Dabei muss man zwischen zwei Arten von Dokumenten unterscheiden. Zum einen sind es allgemeine Informationen über den einzelnen NT, vergleichbar mit einer Werbebroschüre. Diese erhält der Kunde zur allgemeinen Information, um so nicht beim nächsten NT in eine „black-box“ zu kommen (vgl. Endpräsentation Folie 35). Die zweite Art der Information ist kundenspezifisch und medizinischer Art. So kann ein Überleitungsbogen von einem NT zum nächsten große Zeitersparnisse ermöglichen, da Daten nicht mehr neu aufgenommen werden müssen und Doppelbehandlungen nicht mehr nötig sind. Der Kunde profitiert zusätzlich von höherer Transparenz. Allgemeine Informationen über die NT lassen sich relativ einfach realisieren, bei kundenspezifischen Daten müssen Datenschutzbedingungen beachtet werden (vgl. Endpräsentation Folie 85).

Um eine einheitliche Dokumentation oder auch eine Prozessstandardisierung zu realisieren, bedarf es der *technischen Unterstützung*. Die Abstimmung, Koordination und gegenseitige Information der Beteiligten wird u.a. durch die Unterstützung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien erheblich verbessert. Als Möglichkeiten der informationstechnologischen Unterstützung der Verzahnung seien hier beispielsweise die Einrichtung kommunikationsfähiger Computersysteme bei allen NT oder die Erstellung eines elektronischen Formular- und Auftragswesens genannt (vgl. Endpräsentation Folien 83-85). Ein weiteres Beispiel, die Kundenkarte, sei hier aufgeführt: Bei einem Kundenkartensystem ist die informationelle Selbstbestimmung des Patienten, also das bewusste und eigenverantwortliche Auseinandersetzen mit seinen Daten, die Hauptausrichtung, was die Kundenzufriedenheit erhöht.²⁴ Denkbar ist natürlich auch ein mit der Kundenkarte verbundenes Intranet, auf das Kunde wie Netzwerkteilnehmer Zugriff haben und dieses Tool zur Kundengewinnung, -bindung, sowie insbesondere zur Vernetzung der NT eingesetzt werden kann. Dabei bleibt zu betonen, dass eine solches Modul nur Grundlage zur Vernetzung sein kann, diese aber von den NT' genutzt werden muss, damit wirklich Vernetzung entsteht.

Ein weiterer Bereich für Vernetzung ist die *Personalentwicklung*. Man muss hierbei drei Funktionen unterscheiden: Die Primärfunktion, die Sekundärfunktion und die Tertiärfunktion. Bei der Primärfunktion, hauptsächlich auf der Akteursebene des Clusters zu finden, handelt es sich um Funktionen, die unmittelbar am Kunden oder mit Angehörigen des Patienten vollzogen werden. Die Sekundärfunktion, angesiedelt auf der Clusterebene, beinhaltet Bereiche, die dem Patientenwohl dienen, jedoch nicht an seine Anwesenheit gebunden sind. Dies ist zum Beispiel ein regelmäßiges Treffen der Netzwerkteilnehmer. Die Tertiärfunktion wird notwendig auf der Leitungsebene, da sie Akteurs- und Clusterebene koordinieren, managen und verwalten muss. In den Primär- und Sekundärfunktionen kann das Cluster durch Schulungen und Weiterbildung im Rahmen einer Netzwerkuniversität (vgl. Endpräsentation Folie 37) sowohl fachspezifisch als auch fachfremd (z.B. Serviceschulungen) für den einzelnen NT und dessen Angestellte großen Mehrwert bieten. Während

²⁴ Vgl. GRÖNEMEYER, D.H.W. (2001), S. 326.

des Projektes ist hierbei die Vision einer „Cluster-Universität“ entstanden, die ein Dach für derartige Aktionen und Bestrebungen bieten kann. Die Tertiärfunktion wird durch das Netzwerkmanagement abgedeckt; es ist denkbar, dass hier neue Berufsbilder wie Clustermanager, Kooperationsbroker oder Schnittstellenmanager entstehen (vgl. Endpräsentation Folie 86).

Die *Qualität* ist für D. Ahlert ein Erfolgsfaktor für Dienstleistungsnetzwerke.²⁵ Im Bereich des Gesundheitswesens bekommt dieser Faktor zusätzlich hohe Bedeutung, denn er ist Grundlage für gegenseitiges Vertrauen der NT. Das Qualitätsmanagementsystem eines Gesundheitsnetzwerkes betrifft drei Aspekte: Welche Qualität muss ein NT garantieren, um in das Cluster aufgenommen zu werden? Wie kann die nicht fachspezifische Qualität im Cluster gehalten werden? Wie lässt sich fachspezifische Qualität sichern (vgl. Endpräsentation Folie 39)? Eintrittsbarrieren für die Aufnahme in ein Cluster sind nicht zwingend, das zeigt der Benchmark. Eine Bedingung könnte aber sein, dass das Unternehmen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sein muss. Eine weitere, dass erst alle Clusterteilnehmer der Aufnahme zustimmen müssen. Hier müssen die Clusterteilnehmer selbst Lösungen finden. Qualität im fächerübergreifenden Bereich lässt sich durch eine Qualitätspolitik realisieren (vgl. Endpräsentation Folie 40): Alle NT einigen sich auf ein bestimmtes Verhalten, verpflichten sich auf Nähe zum und Service am Kunden. Dies lässt sich bei Bedarf durch Testkunden überprüfen. Fachspezifische Qualität kann nur geschaffen werden, wenn sich mindestens zwei NT des gleichen Fachgebietes auf bestimmte Qualitätskriterien einigen. Dies könnte eine Verpflichtung sein, nur bestimmte Medikamente zu empfehlen etc.

Diese fünf Handlungsfelder skizzieren mögliche Felder für eine aktive, künstliche Vernetzung. Sie können je nach Bedarf, d.h. Kundenwünschen bzw. Vorstellungen der NT eingesetzt werden. Dabei ist in jedem Falle auf eine aktive Einbindung der Teilnehmer in die Entwicklung, Einführung und Umsetzung der Aktionen zu achten, um den Erfolg zu gewährleisten.

3.3 Auswertung des Kundenfragebogens

Die Vernetzung der Netzwerkteilnehmer ist die interne Sichtweise des Clusters; der Marktauftritt des Clusters ist die externe. Die Konzeption des Clusters beruht

²⁵ Vgl. AHLERT, D. (2003), S. 248.

auf den Ergebnissen des Kundenfragebogens. Daraus werden daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet und im Folgenden vorgestellt.

3.3.1 Ergebnisse der Kundenbefragung

Die wesentlichen Erkenntnisse aus der Kundenbefragung werden im folgenden vorgestellt:

Die 129 Probanden sind im Durchschnitt 37,01 Jahre alt und verdienen monatlich 1900 EUR im Durchschnitt. 54,5 % sind weiblich, 75,5 % gesetzlich krankenversichert (vgl. Anhang III).

Die Mehrheit der Befragten äußern ein großes Interesse an Gesundheit und Vitalität. 55% bewerten die vorgestellte Grundidee des GCL zumindestens als ziemlich interessant (vgl. Anhang. IV). Dies ist als ein äußerst positives Ergebnis zu bewerten, da zum Zeitpunkt der Befragung ein Gesundheitscluster so nicht existiert und die Befragten es nicht mit einem bereits existenten Cluster vergleichen können. Der Fragebogen ist damit die erstmalige Konfrontation der Probanden mit einer Vision eines GCL, die aufgrund ihrer Neuigkeit eher als ein abstraktes Konstrukt schwierig greifbar und vorstellbar bleibt. Es ist somit davon auszugehen, dass das Interesse am GCL mit zunehmender Wiederholung der Kernbotschaften und mit der tatsächlichen Inbetriebnahme des Netzwerkes weiterhin zunehmen wird.

Ausgehend von den 55% der Probanden, die zumindestens ziemliches Interesse bekunden, lassen sich genauere Eigenschaften einer potentiellen Zielgruppe ableiten. Von den am GCL interessierten potentiellen Kunden sind überdurchschnittlich viele Frauen. Von den Probanden, die das GCL als sehr interessant bewerten, sind ca. 72% weiblich (vgl. Anhang V). Außerdem sind überdurchschnittlich viele der interessierten Personen über 50 Jahre und älter. Diese potentielle Zielgruppe ist bereit, relativ mehr Geld in Gesundheit und Vitalität zu investieren (vgl. Anhang VI), und fordert indirekt in Gesundheitsfragen ein Mehr an professioneller Anleitung und Kontrolle (vgl. Anhang VII). Sie würden bei einer intensiveren, fachärztlichen Betreuung und Anleitung mehr Zeit und Geld in die eigene Gesundheit investieren. Dieser bewusst empfundene Mangel an ganzheitlicher Betreuung kann durch die Grundintention eines GCL bestmöglich gelöst werden. Weitere Informationen über mögliche bestehende Kundensegmente konnten mit den durchgeführten

Analysen nicht gewonnen werden. Es sind somit (mit Ausnahme von Geschlecht und Alter) keine statistisch hinreichend sicheren Zusammenhänge zwischen Interesse und anderen demographischen Eigenschaften der Befragten (Bsp. Einkommen) feststellbar.

Fast 50% der Befragten sind bereit, mehr als 50 EUR monatlich und bis zu 60% der Befragten sind bereit, mehr als 3 Stunden wöchentlich in ihre Gesundheit und Vitalität zu investieren (vgl. Anhang VIII). Dieses Ergebnis unterstützt den integrativen Ansatz des Gesundheitsclusters. Die Preis- und Zeitbereitschaft der Kunden lässt den monatlichen „Konsum“ mehrerer Dienstleistungen zu.

27 potentielle Gesundheitsdienstleistungen wurden nach ihrer Wichtigkeit für die Region Leipzig bewertet (vgl. Anhang IX). Die Beurteilung dient der Einteilung der Leistungsangebote in Kernangebote und ergänzende Angebote. Diese Dichotomie ist nicht zu verwechseln mit der von Frau Dr. Meissner-Pöthig vorgenommenen Einteilung in fakultative und obligate Leistungen. Eine Einteilung in Kern- und ergänzende Angebote ist kundenorientiert bzw. spiegelt die Bedürfnisstruktur der Probanden im wesentlichen wider. Jene Angebote, die im Durchschnitt am wichtigsten für die Befragten sind, gehören zu den sog. Kernangeboten, während die relativ betrachtet „unwichtigen“ Dienstleistungen als zusätzliche Angebote bezeichnet werden können. Demnach gehören insbes. Sport- und Bewegungsprogramme, Rückentraining, Physiotherapie, Sauna, Fitnessstudio zu den Kernangeboten. Langfristig ist es zu empfehlen, die vollständige Präsenz dieser Dienstleistungen im GCL anzustreben, um den Kundenbedürfnissen entsprechen zu können. Zu den Angeboten, die aufgrund ihrer fehlenden Wichtigkeit zu den Zusatzangeboten zu zählen sind, gehören in erster Linie Dienstleistungen wie Sexualberatung, Gendiagnostik und Ästhetische Chirurgie. Diese Dienstleistungen sind nicht aus dem GCL auszuschließen, sie müssen vielmehr in Verbund mit Kernangeboten angeboten werden.

Um eine Vernetzung zwischen Kern- und Zusatzangeboten möglichst in Abstimmung mit den Kundenwünschen gewährleisten zu können, ist es notwendig zu analysieren, welche Angebote zu Leistungspaketen zusammengestellt werden können.

Mit Hilfe einer Faktorenanalyse (vgl. Anhang X) konnten drei Hauptgruppen aus dem zu bewertenden Leistungskatalog (27 Dienstleistungen) extrahiert werden.

Die erste Hauptgruppe umfasst jene Leistungen, die man als persönlichkeitsbildende Maßnahmen umschreiben kann. Hierzu gehören Stressmanagement, Konfliktberatung, Kommunikationstraining, Persönlichkeitstraining und Sexualberatung. Von den Befragten, die bspw. Stressmanagement als wichtige Dienstleistung ansehen, bewerten überdurchschnittlich viele auch Konfliktberatung und die anderen persönlichkeitsbildenden Maßnahmen als sehr wichtig. Diese Zugehörigkeit zu einer der drei Gruppen kann nun als ein mögliche Vernetzungsstrategie herangezogen werden. Es ist empfehlenswert, dass Dienstleister einer Hauptgruppe intensiv kommunizieren, sich austauschen und gemeinsam ein zielgruppengerechtes Leistungsangebot erstellen. Zu der zweiten Hauptgruppe sind Dienstleistungen wie Fitnessstudio, Wellnessstudio, Aquafitness, Kosmetik und Anti-Aging Angebote zu zählen. Eine Vernetzung auf Grundlage dieser zweiten Gruppe würde eine Fokussierung auf eine Kundengruppe mit sich ziehen, die Dienstleistungen aus dem Bereich Schönheit und Wellness gleichermaßen als wichtig empfinden. Eine dritte Hauptgruppe umfasst Gesundheitsdienstleister, die insbesondere auf die Mobilisierung und Aktivierung ihrer Kunden abzielen. Rückentraining, Physiotherapie, Sport- und Bewegungsprogramme zählen zu dieser Gruppe.

3.3.2 Handlungsempfehlungen für den Marktauftritt

Aus den Ergebnissen der Kundenbefragung lassen sich nun Handlungsempfehlungen für die abnehmerorientierte Etablierung des GCL am Markt ableiten. Die spezifischen Alters- und Präferenzeigenschaften der Befragten lassen auf eine gesundheitsbewusste und vergleichsweise anspruchsvolle weibliche Hauptzielgruppe schließen, denen hochwertige Leistungen angeboten und Vertrauen in diese Dienstleistungen vermittelt werden sollte. Dies kann durch eine, wie bereits beschriebene, strikte Qualitätspolitik und konsequente Kundenorientierung realisiert werden. Die Kundin / der Kunde sollte sich in einem angenehmen Dienstleistungsumfeld mit klarem Bezug zur Zugehörigkeit zum Cluster (z.B. durch Hinweis am Praxisschild), geschulten Mitarbeitern und in einem transparenten Leistungsprozess wiederfinden, bei dem die einzelnen Leistungsschritte erklärt werden und sich ausreichend Zeit für den Abnehmer genommen wird. Mögliche

Leistungspakete können auf der Clusterebene bei allgemeinen Netzwerkteilnehmertreffen bzw. in den speziellen Arbeitskreisen entwickelt werden. Bei der Preisgestaltung sollten sowohl die Hochwertigkeit der angebotenen Leistungen als auch spezifische Charakteristika des Standorts (geringe Kaufkraft etc.) sowie die immer noch vorhandene Wertunkenntnis vieler potentieller Kunden bezüglich Dienstleistungen dieser Art berücksichtigt werden.

Die Kommunikation des Leistungsangebotes und die Öffentlichkeitsarbeit obliegt dabei in erster Linie der Organisation durch das Clustermanagement (vgl. Endpräsentation Folie 92), das nach der Entwicklung einer konsistenten Dachmarkenstrategie offensiv mit PR-Kampagnen in den Markt treten und damit auch die allgemeine Akzeptanz von aktiver eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge zu fördern suchen wird.

Die Kunden werden letztendlich einzeln an die Netzwerkteilnehmer herantreten und nach individueller Diagnose entsprechend weiterempfohlen, können jedoch auch nach erfolgtem ganzheitlichen Vitalitätscheck an die geeigneten Netzwerkteilnehmer vermittelt werden.

Um die konkrete Umsetzung der Handlungsempfehlungen zu verdeutlichen und diese in den zeitlichen Zusammenhang zu setzen wurde vom Projektteam eine erste, wenn auch grobe Maßnahmenplanung vorgenommen (vgl. Endpräsentation Folie 47; nicht zu verwechseln mit Folie 95, die rein für die Bewerbung um Nemo gedacht ist). Die Vorgehensweise sollte aber insbesondere nach Vorstellungen und Bedarf der Netzwerkteilnehmer geschehen, da sie nicht nur davon betroffen sind, sondern auch bei der Realisierung mithelfen und integriert werden sollten.

4. Fazit der Projektes

Im folgenden werden die wesentlichen Kriterien zusammengestellt, die voraussetzend erfüllt werden müssen, um langfristig eine Umsetzung und ein Funktionieren des GCL zu gewährleisten und anschließend eine kritische Einschätzung des Projektes gegeben.

4.1 Erfahrungsbericht

Die NT stehen im Zentrum der Betrachtung. Der Erfolg oder Misserfolg der Umsetzung ist im wesentlichen von der Arbeit der NT abhängig. Ein Cluster ist nur dann eine funktionierende, lebende Organisation, wenn sich die NT zusammenschließen, gemeinsam an der Umsetzung mitzuwirken und mitzugestalten. Die Teilnehmer müssen bereit sein, an einer culture of cooperation mitwirken zu wollen. Den NT muss von Seiten des Projektmanagements die eigene Rolle und die Wichtigkeit dieser Rolle im GCL kommuniziert werden. Wesentlich wird es sein, dass eine vielleicht z.T. schon durch die Vorleistungen des Projektmanagements aufgebaute Erwartungshaltung aufgebrochen wird und durch eine konstruktive Form der Mitarbeit (compliance) ersetzt wird. Das Projektmanagement muss sich hier verstärkt in der Rolle des Motivators, Initiators und Kontrolleurs verstehen. Es muss die NT zur Zusammenarbeit und Mitgestaltung motivieren, die Umsetzung geplanter Handlungsempfehlungen initiieren und die „compliance“ der NT mit Hilfe objektiver Kriterien (bspw. objektive Qualitätskriterien) kontrollieren.

Insbesondere zu Beginn der Zusammenarbeit ist ein intensiver Austausch zwischen NT und Projektmanagement notwendig. Letztendlich sind die von unserer Projektgruppe vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen vor Ort in der Praxis des NT umzusetzen. Berührungspunkte und bereits geäußerte Anzeichen einer drohenden zeitlichen Überforderung müssen ernst genommen und kommuniziert werden. Somit ist eine intensive Diskussion über Durchführbarkeit, Ziele und Zweck, sowie Chancen und Risiken jeder geplanten Handlungsempfehlung zweckmäßig, damit NT nicht gegen ihren Willen zu Veränderungen gedrängt werden, die eine gravierende Umgestaltung bestehender Arbeitsabläufe mit sich bringen könnten.

Zusammengefasst steht und fällt die Idee des Clusters, inwieweit der Aufbau einer culture of cooperation gelingt und gelebt wird. Sie ist insbes. dann gefährdet, wenn an Stelle einer gemeinsamen Verfolgung langfristiger Ziele die individuelle Nutzenmaximierung zur Maxime des NT-Verhaltens wird. Wie bereits aus der NT-Befragung hervorgegangen ist, ist Trittbrettfahrerverhalten, unbegründetes und der Sache nicht dienendes Wettbewerbsdenken unter den NT sowie der Drang einzelner NT, die Teilnahme am Cluster zur Selbstdarstellung bzw. –profilierung zu missbrauchen, unbedingt zu vermeiden.

Hierbei wird die interne Kommunikation der organisatorischen Struktur entscheidend sein, die mittelfristig mit der bevorstehenden Akquise neuer NT noch wichtiger wird. Wie in Abb. siehe Endpräsentation S.96 kann die organisatorische Struktur des GCL mit Hilfe zweier Kreise visualisiert werden. Die Aufteilung der NT in einen innengerichteten und einen nach außen gerichteten Kreis ist gleichzusetzen mit einer Aufteilung der NT in sog. Netzwerkspezialisten (dem inneren Kreis zugehörig) und sog. Netzwerk Wettbewerbern (dem äußeren Kreis zugehörig). Zu den Netzwerkspezialisten gehören Dienstleistungen wie Kardiofitness, Nikotinentwöhnung oder Vitalitätszentrum. Erstens haben diese Dienstleistungen gemeinsam, dass sie sich sehr stark spezialisiert haben und zweitens, dass der potentielle Kunde diese Dienstleistungen i.d.R. nicht regelmäßig, sondern eher punktuell aufsucht. Daher ist es ausreichend, wenn im GCL nur die Präsenz jeweils eines Dienstleisters dieser Spezialgebiete angestrebt wird. Dahingegen würde es den Kundenbedürfnissen am ehesten entsprechen, wenn ein GCL mehrere Dienstleister bestimmter Fachrichtungen umfassen könnte. Zu den Netzwerk Wettbewerbern sind NT zu zählen, deren Leistungen i.d.R. regelmäßig genutzt werden (Bsp. Fitnessstudio, Apotheke). Bei diesen Dienstleistungen ist es sinnvoll eine gewisse Flächendeckung in der Region Leipzig langfristig aufzubauen, um den potentiellen Kunden die Möglichkeit zu geben, nach Kriterien wie Erreichbarkeit, Ambiente, soziales Umfeld, Freunde usw. eine Entscheidung für oder gegen einen bestimmten NT treffen zu können.

Diese vorgenommene Zweiteilung in Netzwerkspezialisten und –wettbewerbern darf keinesfalls als hierarchisierend missverstanden werden. Es muss betont werden, dass alle engagierten NT gleichberechtigt und gleichgestellt sind, um Wettbewerbsdenken unter den NT entgegenzuwirken. Das Cluster bietet keinen Schutz vor Wettbewerb, es ist keine Alternative zum Wettbewerb, kann jedoch den Teilnehmern gegenüber Nichtteilnehmern einen Wettbewerbsvorteil verschaffen.

Abschließend muss noch einmal darauf aufmerksam gemacht werden, dass es sich bei der geplanten Umsetzung des GCL um eine Vision handelt, deren Langfristigkeit jedem NT bewusst sein muss. Wie die Cluster-Benchmarks gezeigt haben, ist die Umsetzung eines Clusters, die Vernetzung der NT etc.

ein langer Weg. Die Langfristigkeit der zu bewältigenden Aufgabe muss offen kommuniziert werden. Falsche, unrealistische Vorstellungen über schnelle Gewinne und frühzeitiger Amortisation der geleisteten Investitionen müssen frühzeitig revidiert werden. Das GCL stellt vielmehr die Weichen für die Zukunft und soll die NT auf kommende Umwälzungen des Gesundheitsmarktes vorbereiten.

4.2 Kritische Betrachtung des Projektes

Das Projekt „Gesundheitscluster Leipzig“ wurde von dem Projektteam zwischen März und Juni 2003 betreut. Ziel war es dabei, den Praxispartner EVAAA e.V. bei der Konzeption und Gründungsvorbereitung des Netzwerkes mit den während unseres betriebswirtschaftlichen Studiums erworbenen fachlichen Kenntnissen zu unterstützen und dabei selbst einen Einblick in die Arbeitsweise und Interessenfelder einer nichtuniversitären Organisation „in der Praxis“ zu gewinnen. Gerade durch die intensive Kooperation mit Frau Priv.-Doz. Dr. Meissner-Pöthig und ihre fortwährende Bereitschaft zur Klärung von Sachfragen wurde uns in dieser Hinsicht das Themengebiet Gesundheitswesen sehr nahe gebracht. So bildet die von Frau Dr. Meissner-Pöthig entwickelte wissenschaftliche Fundierung des umfangreichen Angebots von Dienstleistungen im Bereich des Anti-Aging das medizinische Grundgerüst des Clusters.²⁶ Auch die für dieses Projekt charakteristische, enge Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Netzwerkpartnern aus dem Bereich der Gesundheitsdienstleister hat zu einem sensibilisierten Umgang mit einem Thema beigetragen, welches als „Gesundheitsvorsorge und Prävention“ auch in der Politik und bei den Krankenkassen zunehmend an Bedeutung gewinnt. In diesem Bereich empfanden wir besonders die durchgeführten Umfragen, Teilnehmergegespräche sowie projektbegleitenden Präsentationen und Diskussionsabende als lehrreich, die nicht nur einen Einblick in den Geschäftsalltag lokaler Unternehmer liefern konnten, sondern ebenso die Schwierigkeiten bei einem solchen Vorhaben und auch die nicht unerheblichen Widerstände etablierter Kreise widerspiegeln, welche die Praxispartnerin bereits seit mehreren Jahren zu überwinden sucht.

²⁶ Vgl. MEISSNER-PÖTHIG, D. (2002), S. 2-10.

Ferner ermöglichte die intensive Vorbereitung auf das Praxisprojekt im Rahmen von bereits erfolgten HHL - Teamarbeiten effiziente Arbeitsteilung und eine sachliche Diskussionsatmosphäre, durch die zielgerichtete Problemlösungen gefördert wurden. Auch das sehr gute Arbeitsklima innerhalb des Teams selbst konnte zu einer einheitlichen Außendarstellung sowie einer emotional konfliktfreien Zusammenarbeit erfolgreich beitragen.

Der enge Einbezug des Teams in alle wichtigen Arbeitsschritte bei der Gründung des Clusters und die unmittelbare Bedeutung der Projektergebnisse für das Gelingen des Gesamtvorhabens haben dieses Projekt für uns so letztlich zu einem bemerkenswerten Praxiserlebnis werden lassen, von dem durch die Etablierung des Gesundheitsclusters Leipzig zudem eine deutliche nachhaltige reale Fortwirkung ausgeht, die nicht in jedem Praxisprojekt realisiert werden kann.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang I:	Fragenkatalog – Befragung potentieller Netzwerkteilnehmer.....	32
Anhang II:	Fragenkatalog – Kundenbefragung	33
Anhang III:	Demographische Faktoren	35
Anhang IV:	Interesse an der Grundidee des GCL	37
Anhang V:	Geschlecht der Interessierten	38
Anhang VI:	Preisbereitschaft der Interessierten.....	39
Anhang VII:	Interesse am GCL / professionelles Anleitung und Kontrolle	40
Anhang VIII:	Zahlungs- und Zeitbereitschaft der Befragten.....	41
Anhang IX:	Wichtigkeit von Gesundheitsdienstleistungen in Leipzig	42
Anhang X:	Faktorenanalyse	43

Anhang I: Fragenkatalog – Befragung potentieller Netzwerkteilnehmer

Genereller Fragenteil

1. Welche Leistungen erbringen Sie?
2. Worin sehen Sie ihre Kernkompetenz, -aktivität?
3. Wie lang sind Sie bereits in Ihrem Bereich tätig?
4. Wo sind Sie positioniert?
5. Welche regionalen Konkurrenzangebote sehen Sie für Ihr Unternehmen?

Ziele und Erwartungen an das Gesundheitscluster

6. Wie haben Sie vom Gesundheitscluster Leipzig (GCL) erfahren?
7. Worin sehen Sie das Hauptziel des GCL?
8. Worin sehen Sie die wichtigsten Aufgaben des GCL?
9. Worin sehen sie Stärken und Schwächen der Region in ihrer Branche?
10. Worin sehen sie Chancen, wo Risiken des Clusters?
11. Welchen Nutzen erwarten Sie generell?
12. Welchen Nutzen erwarten Sie aus folgender Auswahl? Wie wichtig sind die einzelnen Komponenten?
13. Welche Leistungsangebote anderer NT möchten Sie nutzen?
14. Welche Dienstleistungen fehlen Ihrer Meinung nach noch in der bisherigen Liste des NT?
15. Welche Dienstleistungen sollten Ihrer Meinung **nicht** am GCL teilnehmen?
16. Welche für das GCL bedeutsamen Netzwerkpartner / -teilnehmer könnten Sie einbringen?
17. Wie glauben Sie, sollte man das GCL organisieren?
18. Wie stellen Sie sich das Gesundheitscluster Leipzig in 5 Jahren vor?
19. Haben Sie schon Erfahrungen mit Zusammenarbeit?
20. Was denken Sie ist das Wichtigste, damit Netzwerkteilnehmer vom Cluster profitieren?

Fragen zum bestehenden Kundenstamm

21. Wie groß ist Ihr bestehender Kundenstamm? Wird er elektronisch erfasst (DB)?
 22. Welche Zielgruppen sprechen Sie zur Zeit an, welche möchten Sie zukünftig ansprechen?
 23. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Ihre Kunden zu Ihnen kommen und nicht zur Konkurrenz?
 24. Was bedeutet Gesundheit für Ihre Kunden und welche präventiven Aktivitäten betreiben sie außer den Ihren?
 25. Sind Ihre Kunden bereit, Geld für Präventivmedizin zu zahlen?
 26. Welche Produkte und Dienstleistungen im Bereich der Präventivmedizin haben Ihrer Meinung das größte Potential in der Zukunft?
 27. Welche Kommunikationsmittel benutzen Sie zur Kundenakquise?
 28. Wie könnten Sie das Cluster Ihren Kunden kommunizieren?
-

Anhang II: Fragenkatalog – Kundenbefragung Gesundheits- und Präventionsnetzwerk Leipzig

1. Wie geht es Ihnen ?
2. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ?
3. Häufig empfindet man, dass das tatsächliche Alter nicht dem im Personalausweis ausgewiesenen Alter entspricht. Fühlen Sie sich persönlich eher älter als Ihr tatsächliches Alter oder eher jünger ?
4. Was ist für Sie wichtig, wenn Sie an Gesundheit und Vitalität denken ?
5. Wenn Sie daran denken, aus welchen Beweggründen Sie generell einen Arzt aufsuchen, in welchem Maße stimmen Sie persönlich den folgenden Aussagen zu ?
6. Im folgenden sind eine Reihe von Symptomen aufgelistet, von denen man betroffen sein könnte. Wie stark sind Sie persönlich von den unten angegebenen Symptomen betroffen ?
7. Fühlen Sie sich von der oben beschriebenen Grundidee des Gesundheitsnetzwerkes Leipzig angesprochen ?
8. Wenn Sie an nachfolgend genannte Vitalitäts- und Gesundheitsdienstleistungen denken, wie wichtig ist es Ihnen, dass diese Dienstleistungen in Leipzig angeboten werden ?
9. Wenn Sie an nachfolgend genannte Leistungsangebote denken, wie häufig nutzen Sie die gegenwärtig in der Region Leipzig angebotenen Gesundheitsdienstleistungen ?
10. **Wieviele Stunden pro Woche** sind Sie bereit, in Ihre Gesundheit und Vitalität zu investieren ? Wir meinen die zuvor genannten Leistungsangebote, die in der Regel nicht durch die Krankenkasse abgedeckt werden.
11. **Wieviele Euro sind Sie monatlich** maximal bereit in Ihre Gesundheit und Vitalität zu investieren? Wir meinen die zuvor genannten Leistungsangebote, die in der Regel nicht durch die Krankenkasse abgedeckt werden.
12. Fühlen Sie sich von der oben beschriebenen Idee eines „Vitalchecks“ angesprochen ?
13. **Wieviele Euro** wären Sie bereit, für den oben beschriebenen **Vitalitätscheck** zu bezahlen?
14. Bitte denken Sie jetzt mal kurz darüber nach, **wieviele Euro** sind Sie bereit sind, für eine **Auto-Inspektion** zu bezahlen?
15. Wir haben beobachtet, dass viele Menschen dazu neigen, mehr Geld in Ihr Auto zu investieren als in Ihre persönliche Gesundheit und Vitalität. Vergleichen Sie bitte einmal Ihre Antworten zu den Fragen 12 und 13. Wie stark werden Sie durch diesen Vergleich zum Nachdenken angeregt ?
16. Was müsste geschehen, damit Sie mehr Zeit in Ihre Gesundheit und Vitalität investieren? Bitte beurteilen Sie die Aussagen auf einer Skala von (stimme voll zu) bis (stimme gar nicht zu).
17. Von wem lassen Sie sich in Gesundheits- und Vitalitätsfragen beraten? (Mehrfachnennungen möglich)
18. Wie interessant finden Sie die Idee eines **Gesundheitsinformationszentrum** in Leipzig, vergleichbar mit einem Tourismusbüro, bei dem Sie von Fachleuten zum Thema Gesundheit, Vitalität und Vorsorge, individuell informiert und ggf. beraten werden.

-
19. Das Gesundheitsinformationszentrum könnte Ihnen, aufbauend auf einer vorhergehenden Untersuchung Ihrer körperlichen, geistigen, emotionalen, sozialen Leistungsfähigkeit, ein individuell angepasstes Vitalisierungsprogramm erstellen. Sind Sie an einem solchen Vitalisierungsprogramm interessiert?
 20. Wieviel Euro wären Sie maximal bereit, für eine individuell von Fachleuten erstellte Vitalisierungsberatung zu bezahlen?
 21. Wenn Fachleute des Gesundheitsinformationszentrums Ihnen aufbauend auf der vorhergehenden Beratung bestimmte Gesundheitsdienstleister in Leipzig (z.B. Fitnessclub, Ernährungsberater, Physiotherapeut, Stressmanagement, Raucherentwöhnung, Rückenspezialprogramme etc.) empfehlen würden, würden Sie dieser Empfehlung folgen?
 22. Sie sind? (männlich / weiblich)
 23. Wie alt sind Sie?
 24. Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
 25. Welche berufliche Position trifft zur Zeit auf Sie zu bzw. traf zuletzt auf Sie zu?
 26. Wie sind Sie krankenversichert?
 27. Ich bin? (Familienstand)
-

Anhang III: Demographische Faktoren**Statistics**

Wie alt sind Sie ?

N	Valid	129
	Missing	0
Mean		3,16

Wie alt sind Sie ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zwischen 21-30	48	37,2	37,2	37,2
	Zwischen 31-40	36	27,9	27,9	65,1
	Zwischen 41-50	22	17,1	17,1	82,2
	Zwischen 51 und älter	23	17,8	17,8	100,0
Total		129	100,0	100,0	

Statistics

Sie sind:

N	Valid	129
	Missing	0
Mean		1,56

Sie sind:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	männlich	57	44,2	44,2	44,2
	weiblich	72	55,8	55,8	100,0
Total		129	100,0	100,0	

Wie sind Sie krankenversichert ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nicht gesetzlich krankenversichert (nicht angekreuzt)	28	21,7	22,0	22,0
	Gesetzlich krankenversichert (angekreuzt)	99	76,7	78,0	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Missing	9	2	1,6		
Total		129	100,0		

Wie sind Sie krankenversichert ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nicht privat krankenversichert (nicht angekreuzt)	99	76,7	78,0	78,0
	Privat krankenversichert (angekreuzt)	27	20,9	21,3	99,2
	2	1	,8	,8	100,0
	Total	127	98,4	100,0	
Missing	9	2	1,6		
Total		129	100,0		

Anhang IV: Interesse an der Grundidee des GCL**Statistics**

Interesse an GCL

N	Valid	129
	Missing	0
Mean		2,49

Interesse an GCL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr interessant	18	14,0	14,0	14,0
	ziemlich interessant	53	41,1	41,1	55,0
	etwas interessant	40	31,0	31,0	86,0
	eher nicht interessant	13	10,1	10,1	96,1
	gar nicht interessant	5	3,9	3,9	100,0
Total		129	100,0	100,0	

Anhang V: Geschlecht der Interessierten**Interesse an GCL * Sie sind: Crosstabulation**

Count

		Sie sind:			Total
		männlich	weiblich	3	
Interesse an GCL	sehr interessant	5	13	0	18
	ziemlich interessant	18	34	1	53
	etwas interassant	19	21	0	40
	eher nicht interessant	11	2	0	13
	gar nicht interessant	4	1	0	5
Total		57	71	1	129

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,786 ^a	8	,032
Likelihood Ratio	17,830	8	,023
Linear-by-Linear Association	13,043	1	,000
N of Valid Cases	129		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Anhang VI: Preisbereitschaft der Interessierten

Interesse an GCL * Euro pro Monat Crosstabulation

Count		Euro pro Monat					Total
		0 EUR	1 - 50 EUR	51 - 100 EUR	101 - 150 EUR	Mehr als 150 EUR	
Interesse an GCL	sehr interessant	0	8	9	1	0	18
	ziemlich interessant	2	23	24	4	0	53
	etwas interassant	1	25	13	0	1	40
	eher nicht interessant	2	5	2	3	1	13
	gar nicht interessant	0	4	1	0	0	5
Total		5	65	49	8	2	129

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,992 ^a	16	,054
Likelihood Ratio	25,245	16	,066
Linear-by-Linear Association	,767	1	,381
N of Valid Cases	129		

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Anhang VII: Interesse an GCL / professionelle Anleitung und Kontrolle

Interesse an GCL * professionelle Anleitung u. Kontrolle Crosstabulation

Count

		professionelle Anleitung u. Kontrolle					Total
		stimme voll zu	stimme eher zu	teils / teils	stimme eher nicht zu	gar nicht wichtig	
Interesse an GCL	sehr interessant	11	1	6	0	0	18
	ziemlich interessant	10	21	18	4	0	53
	etwas interassant	9	11	8	7	4	39
	eher nicht interassant	1	2	4	2	4	13
	gar nicht interassant	0	2	0	1	1	4
Total		31	37	36	14	9	127

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,614 ^a	16	,000
Likelihood Ratio	48,137	16	,000
Linear-by-Linear Association	18,538	1	,000
N of Valid Cases	127		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Anhang VIII: Zahlungs- und Zeitbereitschaft der Befragten**Statistics**

Euro pro Monat

N	Valid	129
	Missing	0
Mean		2,51
Std. Deviation		,741

Euro pro Monat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 EUR	5	3,9	3,9	3,9
1 - 50 EUR	65	50,4	50,4	54,3
51 - 100 EUR	49	38,0	38,0	92,2
101 - 150 EUR	8	6,2	6,2	98,4
Mehr als 150 EUR	2	1,6	1,6	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Statistics

Stunden pro Woche

N	Valid	129
	Missing	0
Mean		2,71
Std. Deviation		,870

Stunden pro Woche

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 Std.	5	3,9	3,9	3,9
1 - 3 Std.	55	42,6	42,6	46,5
3 - 5 Std.	45	34,9	34,9	81,4
5 - 7 Std.	21	16,3	16,3	97,7
mehr als 7 Stunden	3	2,3	2,3	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Anhang IX: Wichtigkeit von Gesundheitsdienstleistungen in Leipzig

Statistics	Wenn Sie an nachfolgend genannte Vitalitäts- und Gesundheitsdienstleistungen denken, wie wichtig ist es Ihnen, dass diese Dienstleistungen in Leipzig angeboten werden ? Sehr wichtig (1) ziemlich wichtig (2) etwas wichtig (3) Eher unwichtig (4) Gar nicht wichtig (5) Kenne ich nicht (6)								
Frage 8			Wellness- studio	Heilpraktiker	Aquafitness	Kosmetik			
N	Valid	126	126,00	123,00	124,00	125			
	Missing	3	3,00	6,00	5,00	4			
Mean		2,37	2,81	2,91	2,95	2,90			
Std. Dev.		1,30	1,26	1,29	1,29	1,27			
		Sauna	Personal- training	Gewichts- reduktion	Rückentraining	Physio- therapie	Ästhetische Chirurgie	Ernährungs- beratung	
N	Valid	125	111	125	127	127	117	127	
	Missing	4	18	4	2	2	12	2	
Mean		2,33	2,98	2,40	1,91	2,00	3,73	2,24	
Std. Dev.		1,27	1,23	1,26	1,05	1,13	1,19	1,07	
		Sport- und Bewegungs- programme	Anti-Aging Angebote	Stressmanag- ement	Gesundheits- tourismus	Sport- medizinische Angebote	Nikotin- entwöhnung	Gen- diagnostik	
N	Valid	127	115	122	116	122	115	108	
	Missing	2	14	7	13	7	14	21	
Mean		1,89	3,26	2,53	3,30	2,45	2,98	3,41	
Std. Dev.		1,02	1,21	1,09	1,13	1,20	1,51	1,30	
		Vorbeugende Produkte aus der Apotheke	Zusätz- liche Facharzt- angebote	Selbst- management	Konfliktberatung	Kommuni- kations- training	Persönlich- keitstraining	Sexual- beratung	
N	Valid	121	121	100	101	102	101	101	
	Missing	8	8	29	28	27	28	28	
Mean		2,88	2,37	2,71	2,96	2,86	2,89	3,36	
Std. Deviation		1,27	0,97	1,19	1,09	1,12	1,15	1,15	

Anhang X: Faktorenanalyse

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,671
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	969,208
	df	325
	Sig.	,000

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
Fitnessstudio		,762	
Wellnessstudio		,561	
Heilpraktiker			
Aquafitness			
Kosmetik		,560	
Sauna			
Personaltraining			
Gewichtsreduktion			,794
Rückentraining		,563	
Physiotherapie		,526	
Ästhetische Chirurgie			,513
Ernährungsberatung			,776
Sport- und Bewegungsprogramme		,587	
Anti-Aging Angebote			
Stressmanagement	,698		
Gesundheitstourismus			
Sportmedizinische Angebote			
Nikotinentwöhnung			
Gendiagnostik			
Vorbeugende Produkte aus der Apotheke			
Zusätzliche Facharztangebote			,672
Selbstmanagement	,663		
Konfliktberatung	,731		
Kommunikationstraining	,725		
Persönlichkeitstraining	,821		
Sexualberatung			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Literaturverzeichnis

- AHLERT, D. / EVANSCHITZKY, H. (2003), Dienstleistungsnetzwerke, Berlin 2003.
- ANTRAG DER CDU / CSU BUNDESTAGSFRAKTION (2002), Drucksache 14/9085, 14.05.2002
- COOKE, P. (2001), Knowledge economies clusters, learning and co-operative advantage, London 2001.
- DIECKMANN, D.-S. (1998), internationale Unternehmensnetzwerke und regionale Wirtschaftspolitik, Aachen 1998.
- DIEFENBACH S. / LANDENBERGER, M. / VON DER WEIDEN, G. (2002), Kooperation in der Gesundheitsversorgung, Neuwied 2002.
- DYBE, G. / KUJATH, H.J. (2000), Hoffnungsträger Wirtschaftscluster, Berlin 2000.
- GRANT, R.M.: Contemporary Strategy Analysis, 4.Auflage, Malden (USA) 2002.
- GRÖNEMEYER, D.H.W. (2001), Med. in Deutschland, Standort mit Zukunft, Leiben, 2001.
- KIRCHGEORG, M. / COLDEWAY, B. (2003), Netzwerkstrategien zur Profilierung von Gesundheitsdienstleistungen, Leipzig 2003.
- KOTLER, P./BLIEMEL, F. (2001), Marketing Management, 10.Auflage, Stuttgart 2001.
- MEFFERT, H. / BRUHN, M. (2003), Dienstleistungsmarketing, 4.Auflage, Wiesbaden 2003.
- MEISSNER-PÖTHIG, D. (2002), Anti-Aging und Vitalität, in: Sonderdruck aus Journal für Menopause 2002, 9 (3): 35-43, A - Gablitz 2002.
- PORTER, M.E. (2003), in McK Wissen 01, Cluster, 1. Jahrgang, Hamburg, 2002.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2003), Gutachten 2003, Bonn 2003.
- STADT LEIPZIG (2002), Statistischer Quartalsbericht der Stadt Leipzig, Leipzig, 4/2002.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2002), Bericht „Gesundheitsausgaben 1992 bis 2000“ , Presseexemplar, Wiesbaden 2002.

STEINMANN, H./SCHREYÖGG, G. (2000), Management, 5.Auflage, Wiesbaden 2000.

SZATHMARY, B.: Neue Versorgungskonzepte, 1.Auflage, Neuwied 1999.