

Gesundheit und Pflege aus räumlicher Sicht: Regionale Nähe und Effizienz zentraler Systeme

Dr. Stefan Gärtner
Institut Arbeit und Technik
Gelsenkirchen

1. Konzentration und Spezialisierung versus dezentrale Versorgung

Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts werden in der Ökonomie, in den Raumwissenschaften und in der Regionalentwicklung die Vorteile einer räumlichen Konzentration und Spezialisierung von Branchen und Wertschöpfungsketten diskutiert. Eine ganze Reihe raumwirtschaftlicher Theorien und Ansätze ist geeignet dies zu erklären: Zu den populärsten gehören die Agglomerations-theorien, die von Wettbewerbsvorteilen ausgehen, wenn sich Unternehmen allgemein bzw. insbesondere solche der gleichen Branche an einem Ort konzentrieren (Myrdal 1959). Die für die regionalwirtschaftliche Entwicklung positiven Effekte wurden seit den 1990er-Jahren im Rahmen des Clusteransatzes erkannt und regionalpolitisch zu nutzen versucht (Rosenfeld 2002: 5). Als populärer Ansatz geht der Begriff in seiner heutigen Auslegung auf das Konzept der „nationalen Wettbewerbsvorteile“ von Porter (1993) zurück, wonach ein Cluster die „geographische Konzentration von Unternehmen, spezialisierten Lieferanten, Dienstleistungsanbietern und Einrichtungen (zum Beispiel Universitäten, Normungsinstitute und Wirtschaftsverbände), die in bestimmten Feldern untereinander verbunden sind und gleichzeitig miteinander konkurrieren und kooperieren“ (1999: 207f), ist.

Neben einigen empirischen Untersuchungen und wirtschaftstheoretischen Begründungen lässt sich die Bedeutung einer Konzentration und Spezialisierung ökonomischer Aktivitäten im Raum in der Realität ablesen und historisch herleiten: Jeder kennt die räumliche Ballung von Geschäften oder kleinen Handwerksbetrieben in den Altstädten europäischer oder orientalischer Großstädte. Beispielsweise sei hier auf die Gewürzmärkte in Istanbul, die Textilmärkte am Montmartre oder die Handwerksbetriebe in der Bukarester Altstadt verwiesen. Dabei handelt es sich um eine Konzentration ökonomischer Aktivitäten im Raum. Die damit verbundenen Vorteile sind u.a., dass Kunden ein umfassendes Angebot geographisch konzentriert vorfinden, der Ort von spezifischen Lieferanten frequentiert wird, entsprechende Infrastrukturen bestehen, und die Gewerbetreibenden in ein informelles Wissensnetz eingebunden sind. Die Grundprinzipien so genannter Cluster basieren auf eben diesen Effekten, die sich in ihrer Ausgestaltung jedoch weiterentwickelt haben.



Dr. Stefan Gärtner

„Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts werden in der Ökonomie, in den Raumwissenschaften und in der Regionalentwicklung die Vorteile einer räumlichen Konzentration und Spezialisierung von Branchen und Wertschöpfungsketten diskutiert.“

2. Gesundheitswirtschaft: Dezentralität und Konzentration

Auch wenn die Vorteile infolge sogenannter Wissensspillover (Wissenstransfer) spezialisierter, im Raum konzentrierter Wertschöpfungsketten auf der Hand liegen, kann dies nicht für alle Branchen das Non-Plus-Ultra sein. Vielmehr vernachlässigen die aktuellen regionalpolitischen Ansätze zwischen hochspezialisierten Wertschöpfungsketten, deren räumliche Konzentration Vorteile verspricht, und Basisdienstleistungen, deren flächendeckendes Vorhandensein anzustreben ist, zu differenzieren (Gärtner 2008). Ein gutes Beispiel ist die Gesundheitswirtschaft, die in vielen Städten und Regionen im Fokus von Clusteraktivitäten steht: Angesichts der Notwendigkeit einer flächendeckenden Grundversorgung ist sie räumlich breit gestreut. Dass sich die Gesundheitswirtschaft daher grundsätzlich nicht zur Clusterbildung eignet, trifft aber nicht für die gesamte Gesundheitswirtschaft zu. So sind zum Beispiel die Medizintechnik, die Pharmazie und die Biotechnologie räumlich konzentriert (Rehfeld 2006: 74ff). Ein ähnlicher Zusammenhang kann für eine Reihe anderer Branchen vermutet werden, wie die Finanzwirtschaft, bei der bestimmte hochspezialisierte Finanzdienstleistungen im internationalen Maßstab an bestimmten Orten effizienter zu erstellen sind, allerdings zur Sicherstellung der kreditwirtschaftlichen Versorgung Finanzintermediäre in räumlicher Nähe benötigt werden, oder die IT-Wirtschaft, deren innovativen Produkte oft aus bestimmten einschlägig bekannten Regionen, wie Darmstadt in Deutschland oder Silicon Valley in den USA kommen, die aber im Sinne einer industrienahen Dienstleistung in großen Teilen dispers im Raum verteilt ist. Grundsätzlich sind Dienstleistungsproduktionsstätten aufgrund einer erforderlichen Marktnähe und geringerer Investitionskosten weniger im Raum konzentriert, als Produktionsstätten der gewerblichen Wirtschaft. Eine Unterteilung nach der Branche alleine ist allerdings nicht ausreichend, sondern von Bedeutung ist ebenso die Tätigkeit bzw. die Stufe der Wertschöpfung, wie ein Verweis auf die Finanz- und IT-Wirtschaft gezeigt hat.

Auch wenn bisher vor allem wirtschaftliche Phänomene diskutiert wurden, ist die Debatte über Wissenstransfer und räumliche Nähe - entweder zwischen den Marktteilnehmern oder zwischen Marktteilnehmern und Verbrauchern bzw. Patienten - relevant für die Gesundheitsversorgung. Fast eine banale Erkenntnis ist dabei, dass im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung der direkte und unmittelbare Kontakt zum Verbraucher unerlässlich ist, da das Wissen nur so zum Behandelnden transportiert werden kann. Im Sinne einer integrierten und individuellen Versorgung ist darüber hinaus ein enger Kontakt zwischen den Versorgungsinstitutionen wie Kranken- und Pflegekassen angezeigt.

„Fast eine banale Erkenntnis ist ..., dass im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung der direkte und unmittelbare Kontakt zum Verbraucher unerlässlich ist, da das Wissen nur so zum Behandelnden transportiert werden kann.“

Da Gesundheits- und Pflegeleistungen vor Ort als eine Art Da-seinsvorsorge bzw. Basisversorgung erbracht werden müssen, ist eine räumliche Konzentration im Sinne von Clustern nicht grundsätzlich sinnvoll, erfolgversprechend scheint vielmehr die Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Versorgung, inklusive deren Selbstverwaltungs-Organe, mit den Kranken- und Pflegeversicherern, um individuelle Lösungen zu finden bzw. Modellprojekte zur integrierten Versorgung durchführen zu können.

3. Wettbewerb zentraler Einrichtungen versus Wettbewerb regionaler Regime

Trotz der Fusions- und Insolvenzwelle bei den gesetzlichen Krankenkassen - so ist deren Anzahl bereits von weit über tausend in den 1990er-Jahren auf rund 150 im Jahre 2011 gesunken - erscheint deren Anzahl noch immer recht hoch. Zumal es sich dabei nur um die gesetzliche Säule der Krankenversicherung handelt.

„Trotz der Fusions- und Insolvenzwelle bei den gesetzlichen Krankenkassen ... erscheint deren Anzahl noch immer recht hoch.“

War früher die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse weitestgehend durch den Beruf bestimmt, existiert seit den 1990er-Jahren eine Wahlfreiheit der Krankenkasse für alle Mitglieder und damit ein Wettbewerb zwischen den Kassen. Dieser Wettbewerb wurde induziert, um für mehr Wirtschaftlichkeit zu sorgen. So schrieb zum Beispiel der amtierende Bundesgesundheitsminister Bahr 2007, dass „Wettbewerb unter fairen Bedingungen und durch einen Ordnungsrahmen zu den besseren Ergebnissen führt. Das sollte auch im Gesundheitswesen die Maxime sein“ (363). Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zwar erfolgreich versucht, die Anzahl der Krankenversicherungen zu reduzieren und damit die Schlagkraft und Effizienz zu erhöhen, allerdings ist deren Anzahl immer noch sehr hoch und deren Reduktion wird von politischer Seite bereits wieder kritisiert, so Daniel Bahr, der für atomistische Marktstrukturen plädiert und die in den letzten Jahren eingesetzte Reduktion der Krankenversicherungen für eine zu starke Marktkonzentration hält (ebenda).

Das Wettbewerbsgebotsargument ist jedoch aufgrund der hohen gesetzlichen Leistungsregulierung durch das fünfte Sozialgesetzbuch nur begrenzt einleuchtend. So wird zwar oft wettbewerbsökonomisch argumentiert (z.B. bei Henke 2007), aus meiner Sicht fehlt aber der Spielraum für einen Wettbewerb. Außerdem sollte man sich die Frage stellen, ob es nicht auch aus marktwirtschaftlicher Sicht sinnvoller wäre, wenn die Krankenkassen die Patienten in die Lage versetzen würden, sich im Wettbewerb zwischen den Ärzten und Krankenhäusern zurecht zu finden, anstatt untereinander zu konkurrieren und Ärzte und Versorger durch uninformierte Patienten vor Wettbewerb zu schützen.

„...sollte man sich die Frage stellen, ob es nicht auch aus marktwirtschaftlicher Sicht sinnvoller wäre, wenn die Krankenkassen die Patienten in die Lage versetzen würden, sich im Wettbewerb zwischen den Ärzten und Krankenhäusern zurecht zu finden, anstatt untereinander zu konkurrieren und Ärzte und Versorger durch uninformierte Patienten vor Wettbewerb zu schützen.“

„...besteht die Gefahr, dass sich der Wettbewerb – etwas polemisch formuliert – vor allem auf das bessere Marketing im Kampf um die Gesunden bzw. seit dem Risikostrukturausgleich um die Kranken ... und auf die schönere Mitgliederzeitschrift bezieht.“

Ferner sollte eine Gesellschaft sich sehr gut überlegen, inwieweit es ethisch um einen Wettbewerb im eigentlichen Leistungsbereich gehen kann. Könnte man beispielsweise im Rahmen der Basisversorgung zwischen medizinischen Behandlungs-Philosophien wählen, z.B. zwischen schul- und komplementärmedizinischer Versorgung, könnte man von Wettbewerb sprechen. Dies kann aber nicht gewollt sein, weil dies hieße, dass dann einem Patienten, der die komplementärmedizinische Versorgung gewählt hat, im Falle einer schwerwiegenden Erkrankung der Zugang zur teuren schulmedizinischen Versorgung verwehrt sein müsste. So besteht die Gefahr, dass sich der Wettbewerb – etwas polemisch formuliert – vor allem auf das bessere Marketing im Kampf um die Gesunden bzw. seit dem Risikostrukturausgleich um die Kranken (bzw. die „Krankgebeteten“) und auf die schönere Mitgliederzeitschrift bezieht. Wo ist da das Innovationspotential für eine kostengünstige und qualitativ hochwertige Versorgung? Bleiben die angebotenen Zusatzleistungen, wie Einbettzimmer oder Akupunktur, für einen Wettbewerb, die aber wiederum von der jetzigen Bundesregierung kürzlich zur Stärkung der privaten Krankenversicherung eingeschränkt wurden. Bahr sieht diesbezüglich die Gefahr, „dass es europarechtliche Komplikationen im Hinblick auf die Unternehmenseigenschaften gesetzlicher Krankenkassen geben kann“ (2007: 374).

Die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung sind zwar mit rund 5,4 Prozent der Beiträge und einem Volumen von rund 8,4 Mrd. Euro im Vergleich zu den 15 Prozent, die die privaten Krankenversicherungen für Verwaltung und Gewinne benötigen, vergleichsweise gering, zieht man allerdings die Verwaltungskosten der gesetzlichen Rentenversicherung mit nur einem Träger von 1,62 Prozent als Vergleichsbasis heran, erscheinen die Kosten sehr hoch.

Aufgrund der komplexen Leistungen des Produktes Gesundheit und der hohen Bedeutung des Wissenstransfers in der Gesundheits- und Pflegerversorgung können die Gesundheits- und Rentenversicherungen allerdings nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Jedoch finden diese Wissenstransfers in erster Linie zwischen Behandelndem und Patient statt und sind Teil der medizinischen Behandlung. Die Kranken- und Pflegeversicherung kann dabei aber eine wichtige Lotsen- und Koordinierungsfunktion leisten, insbesondere dann, wenn personalisierte Medizin, gerade auch was die pharmazeutische Medikation angeht, immer weiter an Bedeutung gewinnt. Krankenkassen könnten dabei stärker als Moderator zwischen Patient und Versorger und auf der anderen Seite als Berater und Anwälte der Patienten fungieren, z.B. bei der Frage, welche Igel-Leistungen sinnvoll, welche unnötig und welche gesundheitsgefährdend sind.

Eine Vor-Ort-Präsenz mit intensiven Kontakten zu Patienten und Versorgern ist dabei unerlässlich, kann aber schon alleine aus netzökonomischen Effekten nicht von rund 150 konkurrierenden Einheiten geleistet werden. Würden sich die Krankenkassen stärker um die integrierte Versorgung, regionale Präventionsangebote, medizinische Bildung und den Kontakt zum Patienten kümmern, ließen sich auch die hohen Verwaltungskosten rechtfertigen. Mit anderen Worten, es macht Sinn, die Gesundheits- und Pflegeversorgung zu regionalisieren, die Anzahl der Krankenkassen zu reduzieren und vor Ort bzw. in der Region eine hohe Entscheidungs- und Gestaltungsautonomie der Kassen herzustellen. Der Wettbewerb wäre dann in erster Linie nicht durch den Wettbewerb zwischen 150 bundesweit agierenden Kassen, die gesetzlich geboten das gleiche Leistungsspektrum anbieten, strukturiert, sondern durch vor Ort relativ autonom agierende Kassen, die voneinander lernen. Die andere Möglichkeit wäre eine (oder wenige) zentrale Einheitskasse, die nur die Geldverteilung organisiert, dafür aber sicherlich nicht mehr über 100.000 Mitarbeiter benötigt.

4. Gleiche Lebensbedingungen und räumliche Inzidenzen: Die Einnahmenseite und die Ausgabenseite

In Deutschland existiert ein auf verschiedenen Ebenen gesetzlich verankertes Gebot zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen. Wohlfahrtsgefälle zwischen Regionen sind von natürlichen und gewachsenen Standortfaktoren, gesellschaftlichen und ökonomischen Trends sowie politischen Faktoren, insbesondere öffentlichen Finanzströmen, abhängig.

Raumwirksam sind eigentlich alle staatlich induzierten Finanzströme, da in der Regel eine räumliche Diskrepanz zwischen Ein- und Ausgaben besteht. Die Regionalwissenschaft unterscheidet zwischen geplanten und ungeplanten raumwirksamen Finanzströmen. Zu den Finanzströmen mit geplanten Raumwirkungen lassen sich u.a. der Finanzausgleich, großräumige Verkehrsinfrastrukturmaßnahmen sowie Maßnahmen im Rahmen der Struktur- und Raumordnungspolitik zählen. Finanzströme mit ungeplanten Raumwirkungen beinhalten z.B. Steuern, einige staatliche Subventionen und Sozialversicherungssysteme. Letztere schichten Kaufkraftpotenziale räumlich um und stabilisieren schwache Regionen nachfrageseitig. Die Finanzströme mit ungeplanten Wirkungen auf den Raum werden - obwohl deutlich höher als die geplanten raumwirksamen Finanzströme (BBR 2005: 288) - raumwissenschaftlich kaum betrachtet (Fürst 1995: 679ff).

„...es macht Sinn, die Gesundheits- und Pflegeversorgung zu regionalisieren, die Anzahl der Krankenkassen zu reduzieren und vor Ort bzw. in der Region eine hohe Entscheidungs- und Gestaltungsautonomie der Kassen herzustellen.“

„Die Gesundheits- und Pflegeversicherung hat also nicht nur eine persönliche sozialpolitische Komponente, indem sie die Versorgung unabhängig von der individuellen Gesundheits- und Einkommenssituation ermöglicht, sondern auch eine regionalpolitische, indem sie im Sinne einer Basisversorgung die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen mit monetärem Einkommen ausstattet, unabhängig von der Finanzkraft der einzelnen Region.“

Die Gesundheits- und Pflegeversicherung hat also nicht nur eine persönliche sozialpolitische Komponente, indem sie die Versorgung unabhängig von der individuellen Gesundheits- und Einkommenssituation ermöglicht, sondern auch eine regionalpolitische, indem sie im Sinne einer Basisversorgung die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen mit monetärem Einkommen ausstattet, unabhängig von der Finanzkraft der einzelnen Region. Dies dürfte aufgrund der demographischen Situation in manchen Regionen in den nächsten Jahren insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung an Bedeutung gewinnen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich bei der Pflege- im Gegensatz zur Gesundheitsversicherung nicht um eine Vollversicherung handelt, sondern nur Festbeträge übernommen werden. Für die Finanzierung des Fehlbetrags müssen – insofern die Patienten bzw. deren Angehörigen nicht über die hinreichenden Mittel verfügen – die Kommunen aufkommen (Goeschel 2012). Einige Städte und Regionen, so zum Beispiel im Ruhrgebiet, sind davon in mehrfacher Hinsicht betroffen, da sich dort der Anteil der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren aufgrund der demographischen Situation erhöhen wird und gleichzeitig viele Einkommensschwache dort leben, die nicht in der Lage sind, die Fehlbeträge zu finanzieren. Schon heute sind dort die Sozialhilfekosten der Pflegeversicherung je Einwohner deutlich höher als im Rest von NRW (ebenda). Nicht abzusehen ist, wie sich dies in strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands entwickeln wird. Wenn solche Regionen, die aufgrund ihrer Altersstruktur aktuell über relativ hohe Rententransfers stabilisiert werden, durch das Ableben der mit relativ hohen Rentenbezügen ausgestatteten Personengruppe zusätzlich in ihrer Kaufkraft geschwächt werden, ist die Gefahr von Krisenkreisläufen groß.

Dies heißt, dass eine Regionalisierung der Pflege- und Krankenversicherung auf keinen Fall bedeuten darf, regionale Budgets anhand der regionalen Beitragszahlungen zu ermitteln. Regionale Budgets sollten auch berücksichtigen (Stichwort: Strukturausgleich), dass der Gesundheitszustand der Menschen in strukturschwachen Regionen schlechter ist, als der in prosperierenden Regionen. Armut korreliert häufig mit Unzufriedenheit und einem überdurchschnittlichen Konsum von Alkohol und Nikotin, was wiederum regionale gesundheitspädagogische Maßnahmen induziert. Dies sollte, insbesondere da die Pflegeversicherung keine Vollversicherung ist, auch im kommunalpolitischen Interesse liegen.

5. Wie kann es gehen?

Innovationspolitisch und aufgrund der in den skandinavischen Ländern, vor allem in Finnland und Dänemark (Preusker 2007) gemachten Erfahrungen, erscheint eine Regionalisierung geboten. Allerdings gibt es in den nordischen Ländern so gut wie keine privaten Anbieter der stationären Versorgung und der Wettbewerb zwischen Ärzten und der stationären Versorgung ist viel besser möglich, da eine deutlich höhere Transparenz und Information zur Qualität der Versorgung vorherrscht (ebenda). Und genau dieser Rolle sollten die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen stärker nachkommen: Kontrolle und Evaluierung der ambulanten und stationären Versorgung und Abbau von Informationsasymmetrien zwischen Versorgern und Patienten, was zum Großteil medizinische Bildung bedeutet, sind die dazu notwendigen Stichworte. Denn dann wäre ein Wettbewerb um die beste Versorgung möglich. Krankenkassen sollten ein Interesse haben, Bürgerinnen und Bürger in die Lage zu versetzen, selbstbewusst den für sie besten Arzt oder Krankenhaus zu finden. Gesundheitspädagogische Ansätze, Prävention und integrierte Versorgung ließen sich auf regionaler Ebene gut bewerkstelligen. Wie viele Krankenkassen es dazu geben sollte, und in welcher Weise diese regional unabhängig agieren und regional bzw. bundesweit gegeneinander konkurrieren sollten, sind technische Fragen, die hier im Detail nicht beantwortet werden können. Im Zuge einer Regionalisierung sind allerdings in jedem Fall die unterschiedlichen regionalen Finanzausstattungen und die regional kumulierten Gesundheitsrisiken zu beachten. Ferner sollte die unzureichende Leistung der Pflegeversicherung auch vor dem Hintergrund regionaler Disparitäten betrachtet werden.

Um den Kreis zum anfangs formulierten Clusterkonzept zu schließen, sei noch auf den seit 2007 laufenden „Wettbewerb Gesundheitsregionen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung verwiesen. Bei dem Wettbewerb geht es vor allem darum, auf regionaler Ebene das Potenzial im Bereich Forschung und Entwicklung zu heben, was mit einem grundsätzlichen Umdenken einhergeht, und den Gesundheitssektor nicht mehr (nur) als Kosten-, sondern auch als Wirtschaftsfaktor betrachtet. Keine Frage, dass für das medizintechnische und gesundheitswirtschaftliche Innovationspotenzial die Region im Sinne eines Clusters eine große Rolle spielt und zugunsten einer innovativen Medizin wirtschaftlich und sozial eine dementsprechende Förderung sinnvoll erscheint. Allerdings ist eine „Gesundheitsregion der Zukunft“ auch eine lernende Region, in der vor allem nach den besten Lösungen in der Versorgung gesucht wird und austariert wird, wie ein System aussehen kann, dass einerseits staatlich reguliert ist und andererseits durch selbstbewusste und medizinisch gut gebildete Patienten den

„Im Zuge einer Regionalisierung sind allerdings in jedem Fall die unterschiedlichen regionalen Finanzausstattungen und die regional kumulierten Gesundheitsrisiken zu beachten.“

„Bei einer Regionalisierung sollten regionale Systeme gegeneinander um die beste Lösung konkurrieren.“

Wettbewerb zwischen Ärzten und ambulanten Versorgern ermöglicht, ohne einzelne Patienten zu überfordern. Bei einer Regionalisierung sollten regionale Systeme gegeneinander um die beste Lösung konkurrieren. Dabei bedarf es einer Eindämmung der bundesweiten atomistischen Wettbewerbsstruktur, da kleine, bundesweit tätige Kassen die Marktteilnehmer nicht vor Ort kennen und keinen direkten Kontakt zu den Patienten haben können. Besonders effizient wäre ein solches System, wenn man auch die privaten Krankenversicherungen einbinden würde.

Literatur

- Bahr, Daniel (2007): Wettbewerb bringt auch im Gesundheitswesen die besseren Ergebnisse. In: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. S. 361-385.
- BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung), 2005: Raumordnungsbericht 2005: Berichte. Band 21. Bonn
- Fürst, D. (1995): Öffentliche Finanzen als Instrument der Regionalpolitik. In: Akademie für Raumordnung und Landesplanung (Hg.): Handwörterbuch der Raumordnung. S. 679-685. Hannover
- Gärtner, Stefan (2008): Ausgewogene Strukturpolitik: Sparkassen aus regionalökonomischer Perspektive. Berlin, Münster
- Henke, Klaus-Dirk (2007): Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen. Konkurrenz belebt das Geschäft, auch in der Krankenversicherung. In: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. S. 299-311.
- Myrdal, Gunnar (1959): Ökonomische Theorie und unterentwickelte Regionen. Stuttgart.
- Porter, Michael E. (1993): Nationale Wettbewerbsvorteile. Erfolgreich konkurrieren auf dem Weltmarkt. Wien.
- Porter, Michael E. (1999): Unternehmen können von regionaler Vernetzung profitieren. Trotz Globalisierung liegen viele langfristige Wettbewerbsvorteile direkt vor der Haustür. In: Harvard Business Manager (21/3), S. 51–63.
- Preusker, Uwe K. (2007): Gesundheitspolitische Weichenstellungen in Nordeuropa. In: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. S. 490-514.
- Rehfeld, Dieter (2006): Wirtschaftsförderung – Steuerungsinstrument oder Dienstleistung und immer wieder: Die Hoffnung auf den Jackpot. Überlegungen am Beispiel des Clustermanagements. In: Stefan Gärtner, Judith Terstriep und Brigitta Widmaier (Hg.): Wirtschaftsförderung im Umbruch. 1. Aufl. München: Hampp (Arbeit und Technik, 29), S. 53–76.
- Rosenfeld, Stuart A. (2002): Creating SmartSystems. A guide to cluster strategies in less favoured regions. North Carolina.