

B Deutschlands Krankenhausmarkt aus Sicht verschiedener Interessensgruppen als Untersuchungskontext der vorliegenden Arbeit

Gegenstand dieser Untersuchung ist die Analyse der wahrgenommenen Fairness der erbrachten Leistung der Krankenhausbelegschaft aus Sicht verschiedener Stakeholder. Infolgedessen fixiert dieses Kapitel die Termini „Krankenhaus“, „stationäre Patientenversorgung“ und „Stakeholder“. Zudem wird die Relevanz des Fairnessphänomens im Krankenhausmarkt, der als zentraler Untersuchungskontext fungiert, herausgearbeitet. Der zweite Abschnitt präzisiert das Prinzip des Stakeholder-Managements im Krankenhausmarkt. Darauf folgen im dritten Abschnitt die Spezifika der Dienstleistung der stationären Patientenversorgung. Basierend auf den Marktcharakteristika, den pluralistischen Interessen und der Art der zu erbringenden Leistung wird die Bedeutung der Fairness in den Beziehungen zwischen Krankenhaus, niedergelassenem Arzt und Patient erörtert. Das Kapitel schließt mit einem Zwischenfazit.

1 Rolle des Krankenhausmarktes für die deutsche Wirtschaft

Mit ihren Teilmärkten Akutmedizin, Rehabilitation, ambulanter Sektor, Pflege und den angrenzenden Servicebereichen verkörpert die Gesundheitswirtschaft die bedeutendste Branche in der deutschen Volkswirtschaft.⁷⁹ Rund elf Prozent aller deutschen Beschäftigten gehen einem Beruf in diesem Sektor nach. Insgesamt existieren 4,7 Millionen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, von denen 83,5 Prozent auf den ambulanten sowie stationären und teilstationären Sektor entfallen.⁸⁰ Rund 35,2 Prozent der Kosten des Gesundheitssystems verursacht der Krankenhaussektor.⁸¹ Die Gesetzlichen (GKV) und Privaten Krankenversicherungen (PKV), sonstige Versicherungen (z.B. Unfallversicherungen) und letztendlich die Beitragszahler bzw. Patienten tragen die Kosten dieses Systems.⁸²

⁷⁹ Vgl. Schmidt/Bauer (2006), S. 4. Zur Gesundheitswirtschaft zählen grundsätzlich alle Personen, Sachmittel und Institutionen, die die Gesundheit fördern, erhalten und wiederherstellen. Zudem lassen sich verschiedene Aufgabenbereiche unterscheiden, wie Prävention, Rehabilitation, Kuration und Forschung, Lehre sowie Ausbildung.

⁸⁰ Die restlichen 16,5 Prozent sind im Gesundheitsschutz, Rettungsdienst, der Verwaltung, Vorleistungsindustrien und sonstigen Einrichtungen beschäftigt. Die Angaben gelten für das Jahr 2009, Statistisches Bundesamt (2010).

⁸¹ Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2010. Vgl. DKG (2011).

⁸² Vgl. Haubrock/Schär (2002), S. 37.

Gemäß den Definitionen des Statistischen Bundesamtes sind zwei Varianten der stationären Krankenhausversorgung erkennbar. Neben den Krankenhäusern, deren Leistung in der Erkennung, Vorbeugung, Linderung und Heilung von Krankheiten sowie der Leistung von Geburtshilfe und Unterbringung der Patienten liegt,⁸³ existieren auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die sich u.a. auf die Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt spezialisieren.⁸⁴ Die Leistungen eines Krankenhauses nehmen Patienten in Anspruch, wenn die Behandlungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung durch Notfalldienste oder niedergelassene Ärzte nicht ausreichen und eine weitere Therapie unter bedarfsgerechten, qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten eine stationäre Aufnahme erfordert.⁸⁵ Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren allerdings Bedingungen geschaffen, durch die Krankenhäuser neben der vollstationären Patientenbehandlung auch Leistungen der niedergelassenen Ärzte anbieten können, womit die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor verschwimmt.⁸⁶

Seit 1991 ist ein deutlicher Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland zu beobachten. Im Zeitraum zwischen 1991 und 2010 fällt die Zahl der Krankenhäuser von 2.411 um 346 (14,4%) auf 2.065.⁸⁷ Mit der Anzahl der Häuser dezimiert sich gleichermaßen die zur Verfügung stehende Bettenzahl. Es fällt auf, dass trotz geringerer Bettenzahl und steigender Fallzahl die Bettenauslastung in den letzten 20 Jahren sinkt. In 2010 realisierten die Häuser eine Auslastung von nur 77,4 Prozent. Der Grund liegt in der reduzierten Verweildauer der Patienten. Die Dauer der stationären Behandlung verkürzt sich zum einen durch die Vergütung auf Basis von Fallpauschalen und zum anderen durch neue Behandlungsmethoden. Trotz der verringerten Verweildauer steigen die jährlichen Ausgaben der Krankenhäuser aber seit 1991 rapide an und beziffern sich 2010 auf 58,1 Milliarden Euro.⁸⁸

Deutsche Krankenhäuser lassen sich anhand mehrerer Kriterien klassifizieren, wie Zulassungsart, Rechtsform, Art des Trägers oder auch der ärztlichen Besetzung. Aufgabe dieser Arbeit soll es nicht sein, auf die einzelnen Gruppen im Detail einzugehen. Vielmehr sollen die weiteren Ausführungen dazu dienen, den Gegenstand der Untersuchung, das „Krankenhaus“, so zu erfassen, dass dieser eine weitgehende Verallgemeinerung der Argumentation zum Verhältnis Krankenhaus-Patienten und Krankenhaus-Einweiser bzw. zur Bedeutung des Fairnesskonzepts für die beiden Stakeholdergruppen zulässt. Aus diesen Gründen beziehen die weiteren Abhandlungen nur allgemeine

⁸³ Vgl. zur Definition und Aufgabenverteilung für Krankenhäuser § 107 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB V.

⁸⁴ Vgl. zur näheren Definition und Aufgabenverteilung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen § 107 Abs. 2 Nr. 1-3 SGB V.

⁸⁵ Vgl. Specke (2005), S. 263.

⁸⁶ Siehe Kapitel B2.4.

⁸⁷ Vgl. DKG (2011), S. 2.

⁸⁸ Vgl. DKG (2011), S. 10.

und Akutkrankenhäuser mit Versorgungsauftrag ein, um zu vermeiden, dass Erkenntnisse nur für Spezial- oder Einzelfälle entwickelt werden. Zu diesen Sonderfällen gehören z.B. Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag, da sie zumeist nur Privatpatienten und Selbstzahler adressieren und gegenüber Einweisern und Patienten einen anderen Status einnehmen. Auch reine Belegkrankenhäuser werden von den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen, da sich die Beziehung zu Patienten und niedergelassenen Ärzten sowie damit verbundene Problemstellungen in diesem Fall signifikant anders gestalten.⁸⁹

Krankenhäuser im Allgemeinen sind Wirtschaftsbetriebe, die das Rationalprinzip (Wirtschaftlichkeitsprinzip) respektieren müssen, um bestimmte Zwecke zu erfüllen und Ziele zu realisieren.⁹⁰ Ein Krankenhaus existiert als ein offenes, soziotechnisches System, das zwischen Sach- und Formalzielen differenziert.⁹¹ Das Sachziel besteht in der Wiederherstellung, Aufrechterhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes von Individuen.⁹² Je nach Art des Krankenhausträgers unterscheiden sich die formalen Zielsysteme, so dass öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser traditionell Kostendeckung anstreben, während private Krankenhäuser eine adäquate Verzinsung des Eigenkapitals schon vor Einführung des DRG-Systems anvisierten.⁹³ Durch dieses neue Abrechnungssystem verschiebt sich die Zielgewichtung auch für öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser. Zwar liegt für den Großteil der Krankenhäuser weiterhin eine Sachzieldominanz vor,⁹⁴ aber durch die finanzielle Überlastung der Kommunen und Landkreise rückt auch hier die Erreichung des Formalziels⁹⁵ in den Vordergrund.⁹⁶

Dieser Zielkonflikt zwischen dem Sachziel sowie Handlungsmaxime der Daseinsfürsorge bzw. karitativer und humanitärer Zwecke und dem Formalziel der Gewinnerzielung trifft somit nicht mehr nur private Krankenhäuser. Die Ökonomisierung des Krankenhaussektors erfordert die Installierung eines Managements, das alle Funktionen der Privatwirtschaft, wie Controlling oder Marketing abdeckt. So wird auch für Krankenhäuser eine langfristig ausgerichtete Marketingstrategie obligat. Allerdings taxiert die Ärzteschaft das Marketing im Krankenhaussektor immer noch als „Modeerscheinung“, die zu

⁸⁹ Vgl. Braun von Reinersdorff (2002), S. 63.

⁹⁰ Vgl. Mühlbauer (2001), S. 269 f.

⁹¹ Sachziele eines Betriebes beschreiben die Erstellung nach Art, Menge und Zeitpunkt von Sachgütern oder Dienstleistungen und deren Verwertung durch Dritte.

⁹² Vgl. SGB V § 39. Formalziele stellen die Handlungsspielräume eines Krankenhauses dar.

⁹³ Vgl. Mühlbauer (2001), S. 271; Hentze (1984), S. 32.

⁹⁴ Als Unterziele lassen sich leistungsinduzierte oder infrastrukturinduzierte Wettbewerbsvorteile nennen. Vgl. Braun von Reinersdorff (2002), S. 66.

⁹⁵ Als Teilziele sind die Reduktion der Verweildauer, eine erhöhte Bettenauslastung und Kosteneinsparungen auf Seiten des Personals aufzuführen, da diese den größten Posten auf der Soll-Seite eines Krankenhauses repräsentieren. Zudem können öffentliche Krankenhäuser im Wettbewerb nur durch technischen Fortschritt bestehen, der wiederum bedingt, dass Investitionen getätigt werden, die jährliche Überschüsse erfordern. Vgl. Lungen-Lauterbach (2003), S. 126 ff.

⁹⁶ Vgl. Dierkes/Lingenfelder (2006), S. 541.

einer gefährlichen Kommerzialisierung der Medizinbranche führt und Verwaltung und Pflegepersonal zusätzlich strapaziert sowie kein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis birgt.⁹⁷ Hinzukommt, dass der Begriff des Marketing in der Öffentlichkeit oftmals unmoralisch und mit tief sitzendem Misstrauen besetzt ist. Die Öffentlichkeit nimmt Ausdrücke wie „ethisches Marketing“ als Widerspruch in sich wahr, da sie die Hauptaufgabe der Verantwortlichen darin sieht, gewinnorientiert zu handeln und die Leistungen des Unternehmens unter allen Umständen – auch über falsche Versprechen und überspitzte Verkaufsparolen – den Konsumenten zu offerieren, um Umsatz und Gewinn des Unternehmens zu steigern.⁹⁸

Marketing wird aber auch unter dem Gesichtspunkt wichtiger, dass seit Einführung des Fallpauschalengesetzes (FPG) in 2002 eine Vielzahl von Reformmaßnahmen die deutsche Krankenhauswirtschaft einem höheren Wettbewerbsdruck und einer stärkeren Marktdynamik aussetzt.⁹⁹ Als Folge dieser Gesetzesänderungen und des intensiveren Wettbewerbs konstituiert sich auf dem Markt für stationäre Versorgungsleistungen eine höhere Transparenz, die den Druck auf Krankenhäuser erhöht, sich durch eigene Qualitätsvorsprünge von Wettbewerbern abzuheben. Mit der Transparenzerhöhung steigen aber auch die Ansprüche bestimmter Bezugsgruppen, wie die der Einweiser und Patienten.¹⁰⁰

Vor Einführung der Vergütung auf Basis von Fallpauschalen war die Höhe der Erlöse eines Krankenhauses von der Zahl der Patienten und vor allem von der Anzahl der Belegungstage abhängig. Die Krankenhäuser visierten im traditionellen System eine Vollbelegung zum Tagesende an. Im DRG-System verlagert sich der Fokus der Krankenhausführung auf die Art der Behandlungen und die Anzahl der Patienten.¹⁰¹ Hauptaugenmerk in diesem System ist die schnelle und qualitativ hochwertige Therapie der

⁹⁷ Vgl. Ennker/Pietrowski (2008), S. 19.

⁹⁸ Ergänzend sei erwähnt, dass jedes Unternehmen und auch Krankenhaus ohne die spezifische Existenz einer Marketingabteilung Marketing betreibt, da mit jedem Kontakt zum Kunden oder einem anderen Stakeholder der Öffentlichkeit Informationen über das Unternehmen und seine Leistungen zugänglich sind. Falsche Entscheidungen oder auch Versprechen werden somit aufgedeckt und schaden dem Image eines Krankenhauses.

⁹⁹ Vgl. Klemann (2007), S. II; Helmig/Graf (2006), S. 163; Braun von Reinersdorf (2002), S. 17 f.

¹⁰⁰ Traditionell rechnen die Krankenhäuser ihre Leistungen durch tagesgleiche Pflegesätze ab. Durch Einführung der DRGs ist dieses System auf eine Vergütung auf Basis von Fallpauschalen umgestellt. Durch die Umstellung des Vergütungssystems erwarten die Verantwortlichen, dass die Transparenz und der Wettbewerb sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausmarkt steigt. Explizite Ziele sind ein bedarfsgerechter und effizienterer Ressourceneinsatz, der eine Verkürzung der Verweildauer nach sich zieht, wobei die Qualität parallel gesichert ist. Vgl. Greß et al. (2004), S. 122. Für die Krankenhäuser besteht der Anreiz, einen verstärkten Wettbewerb um Patienten zu betreiben, um ihre Wirtschaftlichkeit zu sichern. Vgl. Lungen/Lauterbach (2003), S. 173 ff.

¹⁰¹ Vgl. Salfeld/Hehners/Wichels (2009), S. 21.

Patienten und die kurzfristige Neubelegung der Betten.¹⁰² Die daraus resultierende geringere Verweildauer führt zu einer Reduktion der Belegungstage um fast 30 Millionen auf 142,0 Millionen bei einer Erhöhung der Fallzahl von 16,4 Millionen auf 18,0 Millionen Fälle zwischen 1991 und 2010.¹⁰³ Neben der Patientenanzahl liegt auch die Art der Erkrankung im Interesse des Krankenhausmanagements. Vorrangig fokussiert sich die Krankenhausführung auf Fallgruppen, die sich als besonders rentabel erweisen und den Umsatz bzw. die Vergütung des Krankenhauses erhöhen helfen, um so eine Kostendeckung oder im Idealfall einen Überschuss zu generieren.

Das Gewinnziel darf in einem Krankenhaus aber nicht zu Lasten der Leistungsqualität erfolgen, da diese aus der Perspektive der Kunden eine „sinnlich wahrnehmbare Eigenschaft“ darstellt, die das herausragende Gut der Gesundheit betrifft.¹⁰⁴ Aus diesem Grund hat die deutsche Jurisdiktion dem Marketing von Krankenhäusern strenge Grenzen gesetzt, wie z.B. durch das Heilmittelwerbegesetz und das ärztliche Standesrecht, so dass der Gesetzgeber die Kommerzialisierung des Gesundheitssektors auf ein legitimes Ausmaß beschränkt. Die Ziele des Marketing eines Krankenhauses liegen vielmehr in der Betonung positiver Faktoren, die das eigene Haus oder die eigenen Fachabteilungen vom Wettbewerber abheben und damit die Entscheidung von bspw. Patienten und niedergelassenen Ärzten zu Gunsten des eigenen Hauses beeinflussen.¹⁰⁵ Einer dieser Faktoren, der die Wettbewerbsstärke eines Krankenhauses erhöht, ist die Fairness, mit der Stakeholder in der Beziehung zu diesem Krankenhaus behandelt werden.

Abschnitt B4 geht detailliert auf die Bedeutung der wahrgenommenen Fairness im Gesundheitsmarkt aus Sicht der beiden Interessensgruppen der Patienten und niedergelassenen Ärzte ein und erörtert, wie die Einhaltung fairer Verhaltensweisen direkt und indirekt den Umsatz steigert. Generell lässt sich schon hier betonen, dass auf Basis des Solidaritätsprinzips Leistungen im deutschen Gesundheitswesen bedarfsgerecht verteilt werden sollen.¹⁰⁶ Das Solidaritätsprinzip besagt, dass Wettbewerb im Krankenhausmarkt soweit zulässig ist, dass jedem deutschen Einwohner unabhängig von seinem Einkommen ein Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleistet wird und ihm zudem ausreichend viele Alternativen zu bieten sind.¹⁰⁷ Krankenhäuser dürfen keinen Patienten abweisen und der Hippokratische Eid verlangt von Ärzten, einem Menschen in

¹⁰² Hierbei ist zu beachten, dass die Statistik seit 2003 auch Stundenfälle mit einbezieht, so dass ein Stundenfall mit einem Belegtag ausgewiesen ist und die Verweildauer grundsätzlich sinkt. Zudem steigt die Anzahl der Fälle, da die Bevölkerung immer älter wird. Vgl. Schelhase (2009), S. 282.

¹⁰³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011), S. 3.

¹⁰⁴ Ennker/Pietrowski (2008), S. 226.

¹⁰⁵ Vgl. ebd., S. 4 und 228.

¹⁰⁶ Vgl. § 1 SGB V nur begrenzt durch das Wirtschaftlichkeitsprinzip in §12 SGB V und das Bedarfsdeckungsprinzip in § 70 SGB V.

¹⁰⁷ Vgl. Böckmann (2009), S. 3.

Not, unter allen Umständen zu helfen. Für die Beziehung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt heißt das, dass ein Krankenhaus einem niedergelassenen Arzt keine Hindernisse auferlegen darf – wie beispielsweise durch nachteilige Terminvergaben –, die es ihm versagen, seinem Patienten eine Weiterbehandlung zu ermöglichen. Damit würde das gesundheitliche Wohl des Patienten gefährdet.

Durch das Solidaritätsprinzip ist aber nur ein kleiner Ausschnitt von Interessen und Anspruchsgruppen abgebildet, die im Krankenhausmarkt existieren. Ziel des folgenden Abschnitts ist die Erörterung des Managements von Stakeholdern eines Krankenhauses und die Herausarbeitung der Position der im Fokus stehenden Gruppen der Patienten und niedergelassenen Ärzte.

2 Niedergelassene Ärzte und Patienten als Stakeholder im deutschen Krankenhausmarkt

2.1 Grundzüge des Stakeholderansatzes und ihre Anwendung auf den Untersuchungskontext

Die historische Entwicklung des Stakeholderansatzes beginnt mit der „modernen Theorie der Unternehmung“¹⁰⁸ nach *Coase*. Als modern galt 1937, dass Unternehmen als Substitute für kostenintensivere Transaktionsformen existieren.¹⁰⁹ *Coase's* Theorie entwickeln unter anderem *Alchian/Demsetz*, *Jensen/Meckling*, *Williamson* und *Klein/Crawford/Alchian* weiter.¹¹⁰ Sie verstehen ein Unternehmen als ein Netzwerk wechselseitiger Verträge zwischen einer Vielzahl von Marktakteuren. Aus dieser Perspektive erstreckt sich die Anzahl der Gruppen, die einen Anspruch an die Organisation reklamieren, weit über die Gruppe der Kapitalgeber hinaus.¹¹¹ Unternehmen sind somit keine atomistischen Akteure,¹¹² sondern Bestandteil eines Netzwerks aus untereinander verbundenen Entitäten.¹¹³ Die Maxime dieser Weiterentwicklung von *Coase's* Ansatz liegt in der Berücksichtigung jeder einzelnen Interessensgruppe, die das Unternehmen tangiert oder die selbst Einfluss auf das Unternehmensergebnis hat.¹¹⁴ Zudem wird die Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Anspruchsgruppe und Unternehmen erfasst und dabei nicht nur das Ergebnis einbezogen, sondern auch die Entscheidungsprozesse. Fundament des Stakeholderansatzes bildet die Annahme, dass jedes Interesse der Gruppen einen hohen, intrinsischen Wert für die Gruppe hat und keines der Gruppenziele eine dominante Position im Entscheidungsprozess des Unternehmens einnehmen sollte.¹¹⁵

Das Stakeholdermodell fokussiert Entscheidungen der Managementebene.¹¹⁶ Aus Perspektive des Marketing ist dieser Ansatz interessant, da eine traditionelle Fokussierung des Marketingmanagements auf Kundenbeziehungen heutzutage zu eindimensional ist und keine nachhaltig erfolgreiche Geschäftstätigkeit legitimiert.¹¹⁷ Neben den Endverbrauchern stellen auch andere externe Gruppen, wie Intermediäre, Lieferanten etc. Ansprüche an das Unternehmen, die es in seiner Zielsetzung und Strategie – u.a. auch

¹⁰⁸ Coase (1937), S. 5.

¹⁰⁹ Vgl. Cornell/Shapiro (1987), S. 5.

¹¹⁰ Vgl. Klein/Crawford/Alchian (1978); Jensen/Meckling (1976); Alchian/Demsetz (1972).

¹¹¹ Vgl. Cornell/Shapiro (1987), S. 5.

¹¹² Vgl. Oliver (1990), S. 241.

¹¹³ Vgl. Rao/Davis/Ward (2000), S. 268; Uzzi (1997), S. 35; Granovetter (1985), S. 482.

¹¹⁴ Vgl. Freeman (1984), S. 22.

¹¹⁵ Vgl. Jones/Wicks (1999); Clarkson (1995); Donaldson/Preston (1995).

¹¹⁶ Vgl. Donaldson/Preston (1995).

¹¹⁷ Vgl. Meffert/Burmann/Kirchgeorg (2009), S. 44.

der Marketingstrategie – berücksichtigen muss.¹¹⁸ Eine mögliche Vorgehensweise zur Identifikation potentieller Stakeholder wird im nächsten Kapitel diskutiert.

2.2 Identifikation und Klassifizierung von Stakeholdern im Krankenhausmarkt

Um die Interessen aller Anspruchsgruppen berücksichtigen zu können, muss das Management die relevanten Stakeholder identifizieren und priorisieren. Zu diesem Zweck bedarf es vorerst einer Definition des Begriffs „Stakeholder“. Dieser ist in der Literatur nicht eindeutig bestimmt.¹¹⁹ Die Übersetzung des Begriffs ins Deutsche weist auf jemanden hin, der ein Interesse („stake“)¹²⁰ an einer Sache besitzt. *Freeman* definiert den Ausdruck in seiner wegweisenden Veröffentlichung¹²¹ als „any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization’s objectives.“¹²² Diese sehr allgemeine Definition konkretisieren *Freeman/Reed* 1983, indem sie von Stakeholdern im weiteren¹²³ und im engeren Sinne¹²⁴ sprechen.¹²⁵ Eine Übersicht der Vielzahl weiterer Abgrenzungskriterien bietet Tab. B-1.

¹¹⁸ Vgl. Bhattacharya/Korschun (2008), S. 113.

¹¹⁹ Im Folgenden werden die Begriffe Stakeholder, Anspruchsgruppe und Interessensgruppe wie in der Literatur synonym benutzt. Vgl. Skrzipek (2005), S. 48.

¹²⁰ Zur Art dieses Interesses z.B. Hill/Jones (1992), S. 133.

¹²¹ Bereits 1918 befasst sich *Mary Parker Follett* in ihrem Buch „The new State“ mit dem Stakeholderkonzept, ohne diesen Begriff zu nutzen. Siehe dazu auch Schilling (2000). Die ursprüngliche Definition stammt vom Stanford Research Institute (SRI) und lautet: „Thus, stakeholder was originally defined as those groups without whose support the organization would cease to exist“. Vgl. Stanford Memo (1963), zitiert nach Freeman (1984), S. 31. Die Definition erfasst allerdings nur Gruppen, die das Unternehmen beeinflussen, und keine Gruppen, die das Unternehmen beeinflusst. Vgl. Hermann (2005), S. 96.

¹²² Freeman (1984), S. 46. Es ist die am häufigsten zitierte Definition in der Literatur.

¹²³ Stakeholder im weiteren Sinne sind alle Gruppen und Individuen, welche die Ziele einer Organisation beeinflussen können oder von deren Zielerreichung betroffen sind (z.B. Staat, Medien, Gewerkschaften, Wettbewerber).

¹²⁴ Stakeholder im engeren Sinne sind Kapitalgeber, Mitarbeiter, Kunden sowie Lieferanten.

¹²⁵ Vgl. Freeman/Reed (1983), S. 91.

Abgrenzung der Stakeholder	Quelle
Stakeholder im engeren und weiteren Sinne	Freeman/Reed (1983), S. 91.
Primäre und sekundäre Stakeholder	Clarkson (1995), S. 106 f.
Interne und externe Stakeholder	Carroll/Näsi (1997), S. 46 f.
Aktuelle und potenzielle Stakeholder	Starik (1994), S. 91.
Vertraglich gebundene und öffentliche Stakeholder	Clarke (1998), S. 187.
Aktive und passive Stakeholder	Carroll/Näsi (1997), S. 46 f.
Feindlich und nicht feindlich gesinnte Stakeholder	Matikainen (1994), S. 5.
Normative und derivative Stakeholder	Phillips (2003), S. 10.
Strategische und moralische Stakeholder	Goodpaster (1991), S. 55.
Ruhende, vernachlässigbare, fordernde, dominante, gefährliche, abhängige und definitive Stakeholder	Mitchell et al. (1997), S. 874.

Quelle: In Anlehnung an Skrzipek (2005), S. 48.

Tab. B-1: Abgrenzungen von Stakeholdergruppen.

Diese Arbeit orientiert sich generell an der Definition von *Post/Preston/Sachs*, die grundsätzlich der Gruppeneinteilung von *Freeman/Reed* zustimmen, sie allerdings eindeutiger formulieren. Diese ist *Freemans* breiter Definition insofern überlegen, da *Freeman* z.B. auch Terroristen als potenzielle Stakeholder einbezieht.¹²⁶ *Post/Preston/Sachs* bestimmen den Begriff wie folgt:

*“The stakeholders on a corporation are the individuals and constituencies that contribute, either voluntarily or involuntarily, to its wealth-creating capacity and activities, and that are therefore its potential beneficiaries and/or risk bearers.”*¹²⁷

Allen Anspruchsgruppen ist gemein, dass sie ein potenzielles Risiko tragen,¹²⁸ durch das Handeln des Unternehmens Verluste oder Schäden¹²⁹ zu erfahren, dem aber auch potenzielle Gewinne durch das Verhalten des Unternehmens gegenüberstehen. Alle Stakeholder verfolgen den gleichen Wunsch, dass die Maßnahmen des Unternehmens ihre (monetäre oder nicht-monetäre) Situation verbessern oder sie zumindest nicht verschlechtern. Das Oberziel auf beiden Seiten ist ein wechselseitiger Vorteil, dessen Verteilung unter Gesichtspunkten der Fairness nicht durch opportunistisches Verhalten verzerrt werden darf.¹³⁰

¹²⁶ Vgl. Philipps (2003b), S. 27.

¹²⁷ Post/Preston/Sachs (2002), S. 19.

¹²⁸ Dieses Risiko liegt in den Ressourcen, die sie in die Unternehmung einbringen, wie Kapital, Arbeit oder ihr Einkommen.

¹²⁹ Dazu gehören nicht nur finanzielle Schäden, sondern auch der Verlust des Arbeitsplatzes, Karrierechancen, Produktqualität oder auch negative Umwelteinflüsse.

¹³⁰ Vgl. Post/Preston/Sachs (2002), S. 19 f.

Zur Identifikation und zur Analyse der Bedeutung der Stakeholder eines Unternehmens existieren mehrere Methoden. Zwar argumentieren einige Stakeholder-Analysten, dass alle Personen und Gruppen, die ein legitimes Interesse vorweisen, am Unternehmen und/oder seinen Leistungen zu partizipieren, ein Recht auf einen Nutzen haben und deswegen keine Gruppe *prima facie* ein Vorrecht genießt oder ihr eine höhere Bedeutung zuzumessen ist.¹³¹ Allerdings überwiegt in der Literatur die Meinung, dass die verschiedenen Stakeholder kategorisiert werden sollten. Die vorliegende Studie berücksichtigt die dreidimensionale Lösung nach *Mitchell et al.*, die in der Literatur aufgrund ihrer Einfachheit und ihrer reliablen Ergebnisse Vorzug findet.¹³²

Mitchell et al. wollen durch ihre „Theory of Stakeholder Identification and Salience“ dem dynamischen Anspruch des Stakeholder-Ansatzes gerecht werden. Dynamisch meint, dass nicht jede Stakeholdergruppe konsequent über die Zeit die gleiche Position gegenüber einem Unternehmen einnimmt. Zu diesem Zweck nutzen sie drei Konstrukte (= Dimensionen) anhand derer sie den einzelnen Gruppen eine Bedeutung beimessen: Die Macht der Gruppe, die Legitimität ihres Anspruches und die Dringlichkeit dieses Anspruches.¹³³

Der Stakeholder befindet sich in einer Machtposition, wenn er als sozialer Akteur A einen anderen sozialen Gegenspieler B – hier das Unternehmen – zu einer Handlung zwingen kann, die B ohne das Eingreifen von A nicht durchführt.¹³⁴ Das Autorenteam betrachtet einen Anspruch einer Interessensgruppe als legitim, wenn es sich aus allgemeiner, gesellschaftlicher Sicht um ein wünschenswertes und widerspruchsfreies Ziel handelt, das den im betrachteten System akzeptierten Normen, Werten und Traditionen entspricht.¹³⁵ Die Dringlichkeit eines Anspruchs ist ein multidimensionaler Begriff „that includes both criticality and temporality“, so dass die Autoren ein Bedürfnis als dringend einstufen, wenn ihm hohe Bedeutung zukommt und/oder ein zeitlicher Aufschub seiner Erfüllung inakzeptabel ist.¹³⁶ Anhand dieser drei Kriterien teilen die Autoren die jeweiligen Stakeholder eines Unternehmens in sieben Gruppen ein. Diese fasst Abb. B-1 zusammen.

¹³¹ Vgl. Donaldson/Preston (1995), S. 68.

¹³² Vgl. Achterkamp/Vos (2007), S. 8.

¹³³ Vgl. Mitchell et al. (1997), S. 869.

¹³⁴ Vgl. Agle et al. (2000), S. 41; Pfeffer (1981), S. 42.

¹³⁵ Vgl. Agle et al. (1999), S. 508; Suchman (1995), S. 856.

¹³⁶ Vgl. Agle et al. (2000), S. 40; Agle et al. (1999), S. 508; Mitchell/Agle (1997), S. 880; Mitchell et al. (1997), S. 868.

Einflussgröße und Konsequenzen der
Unternehmensfairness

Empirische Analyse aus der Perspektive von Patienten
und niedergelassenen Ärzten

Nöcke, D.

2016, XXIV, 395 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-12090-0