



Gesundheit & Soziales
IfS Strategie

Philipp Schwegel / Patrick Da-Cruz / Peter Oberender

Stakeholdermanagement in NPOs

Ein strategischer Ansatz zur Bestimmung der optimalen Einbindungstiefe von Stakeholdern dargestellt am Beispiel kirchlicher Krankenhäuser

**Veröffentlicht mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber
Theuvsen, L./Schauer, R./Gmür, M. (Hrsg.): Stakeholder-Management in
Nonprofit-Organisationen, Linz.**

Institut für Sozialstrategie

Invalidenstr. 2

10115 Berlin

www.institut-fuer-sozialstrategie.de

kontakt@institut-fuer-sozialstrategie.org

(Stand: Juni, 2011, Berlin)

Abstract

NPOs im Allgemeinen und kirchliche Krankenhäuser im Speziellen sind durch eine Vielzahl an Stakeholdern gekennzeichnet, die in sehr unterschiedlicher Beziehung zum Unternehmen stehen und diesem gegenüber häufig konträre Ansprüche aufweisen. Hier setzt der nachfolgende Beitrag an, indem er eine Konzeption zur Bestimmung der optimalen Einbindungstiefe der Stakeholder entwickelt. Die theoretischen Grundlagen hierfür bilden der Transaktionskosten-Ansatz, der Relational-View-Ansatz sowie Überlegungen aus dem Bereich des Dienstleistungsmanagements. Anhand der Eigenschaften Spezifität, Unsicherheit, Häufigkeit, Ursache für Wettbewerbsvorteile, Dauerhaftigkeit, Transferierbarkeit und der Patientenintegration werden kirchenspezifische Stakeholder hinsichtlich ihrer Einbindungstiefe untersucht. Im Mittelpunkt steht der Versuch, über diesen kombinierten Ansatz eine Empfehlung für das strategische Management zu geben. Um dem Untersuchungsgegenstand gerecht zu werden, konzentriert sich die Analyse auf den externen Stakeholder Kirchengemeinde und den internen Stakeholder Eigentümer. Darüber hinaus wird auf die Anwendbarkeit für andere Stakeholder verwiesen. Die Analyse ergibt u. a., dass auf Basis der genannten theoretischen Ansätze Stakeholderbeziehungen differenziert zu betrachten sind und dass es auch innerhalb der einzelnen Stakeholdergruppen deutliche Unterschiede hinsichtlich der empfohlenen Einbindungstiefe gibt. So zeigt sich, dass aus Sicht des kirchlichen Krankenhauses insbesondere Eigentümer, die in mehreren verwandten Geschäftsfeldern tätig sind, eng eingebunden werden sollten.

1. Differenziertes Stakeholdermanagement – eine kurze Hinführung

NPOs im Allgemeinen und kirchliche Krankenhäuser im Speziellen sind durch eine Vielzahl von Stakeholdern gekennzeichnet, u. a. Zulieferer, Spender, Gewerkschaften, Kunden, Kostenträger, Bund, Kommune, Unternehmensleitung, Mitarbeiter, Wettbewerber oder die Öffentlichkeit in Betracht (vgl. Bender 2007, S. 27, vgl. zu unterschiedlichen Stakeholder-Typen Bender 2007, S. 31ff. und die dort angegebene Literatur, vgl. zur Bewertung unterschiedlicher Stakeholder Bender 2007, S. 34ff. und die dort angegebene Literatur), die in sehr unterschiedlicher Beziehung zum Unternehmen stehen und häufig diesem gegenüber konträre Ansprüche aufweisen. Diese Vielfalt an Beziehungen unterliegt dabei stets dem kirchlichen Auftrag (vgl. Fleßa 2007, S. 94f., Gärtner 1994, S. 54f. und Doll 2006, S. 13), der eine besondere Pflege, Entwicklung und Steuerung der Stakeholder mit sich bringt (Schönauer 2008, S. 99f. und von Reibnitz 1999, S. 1).

Bender plädiert deshalb für den Einsatz eines mehrdimensionalen Stakeholder-Managements, „das auf den strategischen Umgang mit den Ansprüchen unterschiedlicher Gruppierungen inner- und außerhalb des Unternehmens abzielt.“ (Bender 2007, S. 23, vgl. zum Stakeholder-Begriff grundsätzlich auch Wieland 2008, S. 25).

Hier setzt der nachfolgende Beitrag an, in dem er eine Konzeption zur Bestimmung der optimalen Einbindungstiefe von Stakeholder entwickelt. Der Untergliederung von Pfriem folgend (vgl. Pfriem 2008, S. 83) wird dabei der Fokus sowohl auf externe als auch auf interne Stakeholder gelegt, die im Sinne eines strategischen Umgangs differenzierter Stakeholder-Ansätze bedürfen. Dennoch konzentriert sich der Beitrag nicht auf Stakeholder im Allgemeinen, sondern richtet seine Analyse auf die Gruppe der kirchenspezifischen Stakeholder im Besonderen.

2. Ermittlung der optimalen Einbindungstiefe – konzeptionelle Überlegungen

Die in der Einleitung beschriebenen Stakeholder-Eigenschaften sowie die Komplexität der Leistungserstellung (vgl. Schwegel/Da-Cruz/Schommer 2009, S. 26) im kirchlicher Krankenhaus bedürfen einer strategischen Konzeption, die theoretisch fundiert ist (Im Produktionsbereich werden vergleichbare Leistungstiefenentscheidungen im Rahmen von Out- oder Insourcingentscheidungen diskutiert. Vgl. dazu grundsätzlich z.B. Bacher 2000, Quinn/Hilmer 1994, Sanders et al. 2007 oder Bühner/Tuschke 1997). Hierfür wird im Nachfolgenden auf den Transaktionskostenansatz, die Relational-View Perspektive (als Erweiterung des Ressourcenansatzes) und auf Überlegungen des Dienstleistungsmanagements zurückgegriffen.

2.1 Transaktionskosten-Ansatz

Für ein strategisches Einbindungsmodell von Stakeholdern ist es entscheidend, die Effizienz der Abwicklung von Transaktionen innerhalb institutioneller Arrangements zu untersuchen (vgl. Ebers/Gotsch 2001, S. 225). Ziel des Ansatzes ist es, diejenige Form der Organisation zu finden, die zu minimalen Transaktionskosten führt. Klassischerweise wird dieser Ansatz herangezogen, um strategische Entscheidungen hinsichtlich einer marktlichen, kooperativen oder hierarchischen Organisationsform zu treffen (vgl. Picot/Reichwald/Wigand 2003, S. 49f.). Die Entscheidung ist dabei abhängig von den Charakteristika der Transaktion (vgl. Williamson 1985, S. 52ff. und Williamson 1996, S. 13ff.): der Spezifität, der Unsicherheit und der Häufigkeit.

Spezifität bringt zum Ausdruck, inwieweit Vermögensobjekte in alternativen Verwendungsformen von unterschiedlichen Parteien genutzt werden können, ohne dass es zu produktionswertseitigen Verlusten kommt (vgl. Williamson 1996, S. 13 und Bea/Haas 2005, S. 387). Die Einbettung einer Transaktion in die jeweilige Umwelt geht mit einer exogenen **Unsicherheit** einher, die sich auf die Transaktion auswirkt (vgl. Jost 2001b, S. 13). Eine wachsende Unsicherheit führt zu steigenden ex ante- und ex post-Transaktionskosten (vgl. Picot 1991, S. 347). Die Realisierung von Skalen- und Synergieeffekten hängt beim Transaktionskostenansatz mit der **Häufigkeit** der Abwicklung identischer Transaktionen ab (vgl. Jost 2001b, S. 13). Je häufiger eine Transaktion durchgeführt wird, desto geringer sind die Transaktionskosten je Transaktion (vgl. Ebers/Gotsch 2001, S. 230). Werden diese drei Kriterien auf das Management von Stakeholderbeziehungen übertragen bedeutet dies,

- dass Spezifität verstanden wird als Investitionen in das Beziehungsmanagement (z.B. Prozessstandards), Human- und Sachkapital zur Etablierung und Entwicklung von Stakeholderbeziehungen.
- dass Unsicherheit verstanden wird als die exogene Gefahr (z.B. Gesetzgebung) der Beendigung der Beziehung.
- dass Häufigkeit verstanden wird als die Kontakthäufigkeit zwischen den Stakeholdern.

2.2 Relational-View-Ansatz als Weiterentwicklung des Ressourcenansatzes

Die in der jüngsten Vergangenheit vermehrt diskutierte beziehungsorientierte Perspektive („Relational View“) basiert auf der Annahme, dass durch kooperative Beziehungen zwischen Unternehmen erfolgskritische Ressourcen begründet werden können, die wiederum die Quelle für inter-organisationale Wettbewerbsvorteile bilden (vgl. Dyer/Singh 1998, S. 660ff.). Wohingegen im Rahmen ressourcenorientierter Ansätze firmenspezifische Ressourcen zugrunde gelegt werden (vgl. Prahalad/Hamel 1990, S. 79ff., Prahalad/Hamel 1991 S. 66ff.), stehen gemeinsame Ressourcen und beziehungspezifische Investitionen im Vordergrund (vgl. Wagner 2007, S. 13). Um diese zu ermitteln sind die grundlegenden Überlegungen des Ressourcenansatzes auf die Beziehung zum Stakeholder zu übertragen. Hierbei handelt es sich um die drei charakteristischen Merkmale zur Beschreibung von Kernkompetenzen: Ursache für Wettbewerbsvorteile, Dauerhaftigkeit und Transferierbarkeit (vgl. Krüger/Homp 1997, S. 28f.). In Anwendung auf Stakeholderbeziehungen bedeutet dies:

- Die Stakeholderbeziehung ist **Ursache für Wettbewerbsvorteile**.
- Die in der Stakeholderbeziehung realisierten Kernkompetenzen sind **dauerhaft**, d.h. deren Imitier- und Substituierbarkeit durch Wettbewerber ist begrenzt.
- Die durch die Stakeholderbeziehung entstehende Kernkompetenz ist **transferierbar** und damit auf andere Aktivitätsfelder übertragbar.

2.3 Überlegungen aus dem Bereich des Dienstleistungsmanagements

Das kirchliche Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen ist durch eine hohe Kunden- bzw. Patientenintegration in den Leistungserstellungsprozess gekennzeichnet. Für die Ermittlung der optimalen Einbindungstiefe von Stakeholderbeziehungen ist es daher zu berücksichtigen, welche Bedeutung die Beziehung zum Stakeholder auf die Kunden- und Patientenintegration hat. D.h. es geht um die Frage, wie stark der Stakeholder in den Patientenprozess eingebunden ist. Die Literatur zeigt, dass das Ausmaß der anzustrebenden Patientenintegration vom **Interaktions- und Individualisierungsgrad** abhängt (vgl. Haller 2005, S. 6ff. und Pepels 2005, S. 36ff.). Diese beiden Kriterien werden ergänzend für die nachfolgende Analyse berücksichtigt.

2.4 Kombiniertes Ansatz

Für die Ermittlung der optimalen Einbindungstiefe werden die beiden Ansätze kombiniert und um Überlegungen zum Dienstleistungsmanagement ergänzt. Mit Hilfe des **Transaktionskostenansatzes** lässt sich auf Basis der oben erläuterten Kriterien ermitteln, wie ein transaktionskostenoptimales institutionelles Beziehungsarrangement mit den jeweiligen Stakeholdern aussehen kann. Ferner verfolgt die Anwendung der **Relational-View-Perspektive** das Ziel, eine Aussage über das Potential der Stakeholderbeziehung hinsichtlich der Generierung von gemeinschaftlichen Ressourcen bzw. Kernkompetenzen zu treffen.

Im Mittelpunkt steht die Frage, in welchem Umfang durch die Beziehung zum Stakeholder Wettbewerbsvorteile realisiert werden können, die dauerhaft und transferierbar sind. Damit verfeinert die Relational-View-Perspektive das Beurteilungsraster zur optimalen Einbindungstiefe von Stakeholdern. Im

Dienstleistungskontext ist darüber hinaus die **Patientenintegration** zu beachten. So sind Stakeholderbeziehungen, die sehr patientenindividuell erfolgen und in hoher Interaktion mit dem Patienten durchgeführt werden, besonders bedeutsam, weswegen die jeweilige Stakeholdergruppe eng an die eigene Organisation zu binden ist. Diese Beziehungen sind entscheidend für die Qualitäts- und Imageführung des kirchlichen Krankenhauses. Werden diese Überlegungen kombiniert, kann eine differenzierte Empfehlung hinsichtlich der Bedeutung der Einbindungsfähigkeit von Stakeholdern gegeben werden. Die nachfolgende Abbildung 1 stellt die Zusammenhänge schematisch dar:

Theorie	Eigenschaften	Ausprägungsgrad			
Transaktionskosten-Ansatz	Spezifität	Hoch	← Niedrig		
	Unsicherheit	Hoch	← Niedrig		
	Häufigkeit	Hoch	← Niedrig		
Relational-View-Ansatz	Kernkompetenz	Transferierbarkeit	Dauerhaftigkeit	Ursache für Wettbewerbsvorteile	Schwach/Irrelevant
Dienstleistungsmanagement	Patientenintegration	Hoch	← Niedrig		
Empfehlung	Einbindung	Eng	Lose		

Abbildung 1: Strategischer Ansatz zur Bestimmung strategischer Stakeholdergruppen

Quelle: Eigene Darstellung.

3. Empfehlungen für ausgewählte Stakeholderbeziehungen

Im Folgenden werden exemplarisch kirchenspezifische Stakeholderbeziehungen herausgegriffen und anhand der aufgestellten Kriterien untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei der externe Stakeholder Kirchengemeinde und der interne Stakeholder Eigentümer (Städtler-Mach verweist in diesem Zusammenhang auf die Außensicht, die der Eigentümer einnimmt, woraus sich ableiten lässt, dass der Eigentümer auch als externer Stakeholder beurteilt werden könnte. Vgl. Städtler-Mach 1993, S. 167). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass diese beiden Stakeholdertypen auch zusammenfallen können. Dies ist dann der Fall, wenn der Eigentümer eines kirchlichen Krankenhauses eine Kirchengemeinde ist. Für die nachfolgende Analyse wird dies nicht weiter vertieft.

Auf Basis von Plausibilitätsüberlegungen ergibt sich folgende Beurteilung:

Theoretische Ansätze	Eigenschaften	Kirchengemeinde	Eigentümer		
			mit einem dominierenden Geschäftsfeld	mit mehreren verwandten Geschäftsfeldern	mit mehreren nicht verwandten Geschäftsfeldern
Transaktionskosten-Ansatz	Spezifität	niedrig	hoch		
	Unsicherheit	niedrig	gering		
	Häufigkeit	hoch	mittel		
Relational-View-Ansatz	Beziehungsspezifische Kernkompetenzen	"Patientenbetreuung"	"Regionales Wertschöpfungsmanagement"		
	Ursache für Wettbewerbsvorteile	mittel	mittel	hoch	niedrig
	Dauerhaftigkeit	mittel	mittel	hoch	niedrig
	Transferierbarkeit	mittel	mittel	hoch	niedrig
Dienstleistungsmanagement-Ansatz (Patientenintegration)	Interaktion	hoch	niedrig		
	Individualisierung	hoch	niedrig		
Empfehlung	Einbindungstiefe	mittel	mittel	hoch	niedrig

Abbildung 2: Ermittlung der optimalen Einbindungstiefe für ausgewählte kirchliche Stakeholder

Quelle: Eigene Darstellung.

3.1 Kirchengemeinde

Kirchengemeinden sind die kleinste und damit die unterste organisatorische Einheit des kirchlichen Verfassungsaufbaus (vgl. Campenhausen et al. 2002, S. 28 und Listl/Pirson 1994, S. 386). Sie sind territorial abgegrenzt und unterstehen der Autorität des Diözesanbischofs oder dem Landeskirchenrat (vgl. Schwedenwein 2003, S. 448, Campenhausen et al 2004, S. 213, Broll 1997, S. 215f, Listl/Pirson 1994, S. 391). Zu ihren Aufgaben gehört die Verwirklichung der pfarrlichen Hirtensorge (Seelsorge) (vgl. Hallermann 2004, S. 187f., Broll 1997, S. 303), was die Wortverkündigung, den Vollzug der Liturgie (Sakramentspendung), die Leitungsaufgabe (Aufbau der Gemeinde Jesu Christi) und die karitative Diakonie umfasst (vgl. Schwedenwein 2005, S. 478). Dies schließt auch die seelsorgerliche Verantwortung für caritative Einrichtungen, wie kirchliche Krankenhäuser mit ein (vgl. Schrage 2009, S. 104).

- Spezifität:** Die Spezifität der Beziehung zu den Kirchengemeinden kann als niedrig eingestuft werden. Es handelt sich hierbei primär um eine organisatorische Beziehung, die nur geringe Investitionen in Sach- und Humankapital erfordert, beispielsweise das Bereitstellen von Räumlichkeiten als Büro und Gesprächszimmer (vgl. Saarlandkliniken Kreuznacher Diakonie 2008, S. 29). Neben einem Informationsaustausch, der die Bekanntmachung von Gemeindeaktivitäten (z.B. öffentliche Veranstaltungen) im Krankenhaus fördert (vgl. Evangelisches Diakoniewerk Frederikenstift Hannover 2004, S. 65), steht die Betreuung der Patienten im Allgemeinen und die der eigenen Gemeindemitglieder im Mittelpunkt der Beziehung. Hierfür werden Lotsen-, Bücher- und Besuchsdienste eingerichtet (vgl. Evangelisches Diakoniewerk Frederikenstift Hannover 2004, S. 65), die von den Kirchengemeinden organisiert und mit den jeweiligen Krankenhauseelsorgern koordiniert werden. Häufig ist es auch so, dass Teilzeit- oder Vollzeitstellen des Krankenhauseelsorgers vom Bistum finanziell getragen werden (vgl. St. Elisabeth Hospital 2008, S. 29), so dass das kirchliche Krankenhaus nicht zusätzlich belastet wird.
- Unsicherheit:** Die Unsicherheit dieser Beziehung kann als niedrig eingestuft werden. Neben teilweise etablierten Standards hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden existieren in den meisten Fällen informelle Austauschbeziehungen zu den Mitarbeitern der Kirchengemeinde. Diese beruhen häufig auf einer langen Tradition (vgl. Barmherzige Brüder Saffig 2006, S. 42), so

dass hierbei nur ein bedingtes opportunistisches Verhalten von beiden Seiten unterstellt werden kann. Darüber hinaus binden sich beide Seiten an den kirchlichen Wertekanon.

- **Häufigkeit:** Die Häufigkeit der Stakeholderbeziehungen kann als hoch klassifiziert werden. Neben regelmäßigen Abstimmungsrunden zwischen der Krankenhauseelsorge und den hauptamtlich Verantwortlichen der Kirchengemeinde, die monatlich erfolgen können (vgl. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Betriebsgesellschaft 2005, S. 60), finden die Freiwilligendienste mehrmals pro Woche statt.

Resümierend kann festgehalten werden, dass es sich hierbei um eine interaktionsstarke Beziehung handelt, die dennoch von relativ geringen Transaktionskosten geprägt ist.

- **Ursache für Wettbewerbsvorteile:** Geht man hierbei von dem christlichen Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung aus, so steht die geistliche Sorge auf gleicher Ebene des Zielsystems kirchlicher Krankenhäuser wie die medizinisch-technisch-pflegerische Betreuung des Patienten (vgl. Fleßa 2009, S. 11). Neben dieser angebotsorientierten Sichtweise gilt es auch die Nachfrageseite zu berücksichtigen. Die Untersuchung von Rausch hat hierzu gezeigt, dass insbesondere für ältere Menschen die seelsorgerische Betreuung ein relevantes Krankenhausauswahlkriterium darstellt (vgl. Rausch 1984, S. 519). Somit kann die Beziehung zur Kirchengemeinde, wenn sie zur Betreuung der Patienten beiträgt, als Ursache für einen Wettbewerbsvorteil gedeutet werden.
- **Dauerhaftigkeit:** Je nach Ausgestaltung der Beziehung eröffnet sie, insbesondere vor dem Hintergrund einer langjährigen Zusammenarbeit, einen mittleren Imitations- und Substitutionsschutz gegenüber Wettbewerbern. Kirchengemeindliche Dienste werden zwar auch für nicht-kirchliche Krankenhäuser angeboten, doch zeigt der Vergleich, dass ehrenamtliches Engagement einen höheren Stellenwert im kirchlichen Bereich einnimmt (vgl. Prognos/DEKV/KKVD 2009, S. 27). Darüber hinaus stellt sich grundsätzlich die Frage, ob die Eigenschaft der Kirchlichkeit des kirchlichen Krankenhauses (als einer der beiden Beziehungspartner), so einfach von nicht-kirchlichen Krankenhäusern adaptiert werden kann und möchte. Hierbei sei insbesondere auf die Anbindung an die verfasste Kirche durch beispielsweise Aufsichts-, Kontroll- und Informationsrechte des Bischofs und der Landeskirche verwiesen (vgl. Broll 1997, S. 237f., 238 und S. 323).
- **Transferierbarkeit:** Die Transferierbarkeit kann als mittel eingestuft werden. So können beispielsweise spezifische seelsorgerische Schulungen aus dem kirchengemeindlichen Bereich für Pflegekräfte im Krankenhaus auch auf andere caritative Einrichtungen (u.a. Pflegeheime) übertragen werden (vgl. Schrage 2009, S. 105f. bezieht sich auf die Anwendung im Altenheim). Gleiches gilt auch für Besuchsdienste.

Es lässt sich festhalten, dass die Beziehung zur Kirchengemeinde ein gewisses Potential zur Entwicklung beziehungsspezifischer Kernkompetenzen im Sinne der Relational-View-Perspektive bietet.

- **Individualität und Interaktion:** Das Engagement der Kirchengemeinden für das kirchliche Krankenhaus ist durch einen hohen Individualitäts- und Interaktionsgrad mit dem Patienten gekennzeichnet. So sind die Entscheidungen beispielsweise von Ethikkomitees (die nicht selten mit Pfarrern aus der Kirchengemeinde besetzt sind) stark von der spezifischen Krankheitssituation des Patienten abhängig (vgl. DEKV/KKVD 1997, S. 16, 20 und Simon 1999, S. 47 am Beispiel der plastischen Wiederherstellung des Hymen). Auch die Besuchsdienste haben direkten Kontakt mit dem Patienten und erfordern eine hohe individuelle Betreuungskompetenz zur Erfüllung der Patientenwünsche.

Fasst man die Ergebnisse der drei Perspektiven zusammen, lässt sich konstatieren, dass der Stakeholder Kirchengemeinde insbesondere aufgrund der hohen Patientenintegration und eines mittleren Kernkompetenzpotenzials in den für ihn relevanten Prozess des kirchlichen Krankenhauses eingebunden werden sollte.

3.2 Eigentümer

Der Eigentümer, im Krankenhauskontext häufig auch als Träger bezeichnet, ist nach einer pragmatischen Definition von Schmid eine Person oder Organisation „der oder die i.d.R. ein Gebäude besitzt oder über dieses verfügt zum hauptsächlichen Zweck der nicht nur vorübergehenden Vorhaltung und Erbringung stationärer Versorgungsleistungen.“ (Schmid 2002, S. 3). Im Rahmen dieser Arbeit soll diese Definition erweitert werden, so dass sich die vorübergehende Vorhaltung und Erbringung nicht nur auf stationäre Versorgungsleistungen bezieht, sondern auf sämtliche Gesundheits- und Sozialleistungen, die stationäre Versorgungsleistungen von kirchlichen Krankenhäusern inkludiert. Dies ist deshalb von Relevanz, da es sich bei kirchlichen Krankenhausträgern häufig um „Mischkonzerne“ handelt, die ein breiteres Leistungsspektrum anbieten als reine Krankenhausbetreiber (vgl. Röthig 2008).

- **Spezifität:** Die Spezifität der Beziehung zwischen Krankenhaus und Träger ist hoch. Da sie neben hohen beziehungsspezifischen Investitionen in Sach- und Humankapital (z.B. Anstellung/Fort- und Weiterbildung von Führungskräften) insbesondere durch spezifische unternehmenskulturelle Faktoren geprägt ist. Beispielsweise sei hierbei auf Ordens- und Diakonissengemeinschaften verwiesen, die als Eigentümer ihre Einrichtungen „im Geiste“ ihres Gründers weiterführen. Hieraus werden auch bis heute noch strategische Grundsatzentscheidungen abgeleitet, wie das Beispiel der Diakonie Neuendettelsau zeigt (vgl. u.a. Schoenauer 2004). Grundsätzlich ist eine Beendigung der Beziehung durch einen Verkauf der Einrichtungen denkbar, aber aufgrund der hohen Spezifität häufig auch mit einem Identitätsverlust des Eigentümers verbunden, der nach Möglichkeit vermieden wird.
- **Unsicherheit:** Da es sich um eine interne Stakeholderbeziehung handelt, ist diese nur durch eine geringe Unsicherheit gekennzeichnet. Dies zeigt sich daran, dass die Eigentümer häufig auf eine lange Geschichte der Krankenversorgungen zurück blicken können und diese als elementaren Bestandteil ihres christlichen Auftrags verstehen. So zeigt sich zum Beispiel, dass 45% aller kirchlichen

Krankenhäuser in der Eigentümerschaft von Orden vor 1900 gegründet wurden (vgl. eigene Erhebung, n=192).

- **Häufigkeit:** Eine Beurteilung der Häufigkeit lässt sich nur bedingt vornehmen, da diese von den organisatorischen Strukturen abhängig ist. Hierbei lässt sich die These vertreten, dass der Austausch zwischen Eigentümer und kirchlichen Krankenhäuser häufiger stattfindet, wenn es sich um eine unmittelbare Eigentümerschaft handelt. Aufgrund von Haftungsfragen werden immer häufiger Kapitalgesellschaften gegründet, die zu mittelbaren Eigentumsverhältnissen zu den einzelnen Einrichtungen führen. Hierbei liegt der Gedanke nahe, dass die Beziehung zwischen Eigentümer und kirchlichem Krankenhaus weniger intensiv ist. Auch zeigt sich bei Ordenskrankenhäusern, dass durch die rückläufige Anzahl von Ordensleuten die Präsenz von Vertretern der Eigentümerschaft im kirchlichen Krankenhaus zurückgeht. Somit wird die Häufigkeit der Austauschbeziehung als mittel eingestuft.

Den Überlegungen des Transaktionskosten-Ansatzes folgend, lässt sich für den Stakeholder Eigentümer eine mittlere Einbindungstiefe ableiten.

- **Ursache für Wettbewerbsvorteile:** Im Hinblick auf Kernkompetenzüberlegungen wird die Beziehung zum Eigentümer oder die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Eigentübertyp als elementare Ursache für Wettbewerbsvorteile gesehen. Unter Bezugnahme auf die Eigentümerklassifikation von Rumelt werden nachfolgend Eigentümer mit einem dominierenden Geschäftsfeld, mit mehreren verwandten Geschäftsfeldern sowie mit mehreren nicht verwandten Geschäftsfeldern unterschieden (vgl. Rumelt 1974, S. 29ff.). So wird den Eigentümern, die mehrere verwandte Geschäftsfelder abdecken, ein hohes Kernkompetenzpotential hinsichtlich der Etablierung von regionalen Wertschöpfungszentren unterstellt. Das kirchliche Krankenhaus kann in Kombination mit anderen Geschäftsfeldern des Eigentümers (z.B. Rehaeinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen sowie Bildungseinrichtungen) seinen Patienten eine umfassende Versorgung bieten. In Abhängigkeit der Rolle, die das kirchliche Krankenhaus bei der Steuerung des Patienten übernimmt, kann es sich somit Auslastung (z.B. Fallzuweisungen) und Synergien (z.B. verbundweite Einkaufsgemeinschaft) sichern (vgl. Schwegel/Da-Cruz/Oberender 2010a, S. 11). Um diese Vorteile realisieren zu können, ist es für das kirchliche Krankenhaus entscheidend, mit dem Eigentümer ein regionales Wertschöpfungsmanagement zu etablieren. So zeigt die Analyse von Schwegel/Da-Cruz/Oberender, dass insbesondere Caritas- und Diakonieverbände sowie Ordensgemeinschaften in vielfältigen Geschäftsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens tätig sind und damit für die Realisierung der genannten Vorteile besonders geeignet erscheinen (vgl. Schwegel/Da-Cruz/Oberender 2010b, S. 7). In enger Abstimmung mit dem Eigentümer können darüber hinaus beziehungsspezifische Investitionen in materielle, z.B. Kappelle, und immaterielle Vermögensgegenstände, z.B. Schulungen, vorgenommen werden.
- **Dauerhaftigkeit:** Schafft es das kirchliche Krankenhaus gemeinsam mit den verwandten Geschäftsfeldern des Eigentümers regional ein Wertschöpfungszentrum zu etablieren, dann kann von einer geringen Imitier- und

Substituierbarkeit durch Wettbewerber ausgegangen werden. Dieser ganzheitliche Versorgungsansatz kann gewährleisten, dass der Klient oder Patient das regionale Wertschöpfungszentrum für präventive, diagnostische, therapeutische, pflegerische und Betreuungsangebote nicht mehr verlassen muss (vgl. Schwegel/Da-Cruz/Oberender 2010b, S. 8). Aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen sowie bereits bestehender umfassender kirchlicher Angebote stellt dies eine hohe Markteintrittshürde für potentielle Wettbewerber dar. Die oben beschriebenen beziehungsspezifischen Investitionen scheinen nur schwer imitier- und substituierbar, weshalb hier eine Dauerhaftigkeit zu vermuten ist.

- **Transferierbarkeit:** Zur „echten“ Kernkompetenz wird die Fähigkeit zum regionalen Wertschöpfungsmanagement, wenn diese auch auf andere Aktivitätsfelder übertragbar ist. Hierzu zählen andere Regionen, Kundengruppen und/oder Dienstleistungsbereiche. Am Beispiel des Kompetenzzentrums Demenz der Diakonie Neuendettelsau zeigt sich, dass eine regionale Übertragung möglich ist (vgl. Neuendettelsauer Chronik 2008, S. 3). Somit bietet die Fähigkeit des regionalen Wertschöpfungsmanagement ein hohes Kernkompetenzpotential.

Führt man die Ausführungen zum Kernkompetenzpotential des regionalen Wertschöpfungsmanagements zusammen, so lässt sich festhalten, dass insbesondere in Beziehung zu Eigentümern mit mehreren verwandten Geschäftsfeldern ein hohes Potential begründet liegt. Auf Basis dieser Analyse wird nachfolgend der Einfluss auf die Patientenintegration untersucht:

- **Individualität und Interaktion:** Der Einfluss der Stakeholderbeziehung zum Eigentümer auf die Patientenbehandlung wird als gering beurteilt. Dies liegt insbesondere daran, dass der Eigentümer als Institution nur indirekten Einfluss auf die Patientenbehandlung nehmen kann. Sicherlich bleibt hierbei anzumerken, dass Vertreter des Eigentümers, wie das Beispiel der Ordensschwestern zeigt, ihre Fürsorge direkt am Patienten erbringen. Wie weiter oben bereits ausgeführt, ist dieser Trend aufgrund von Personalmangel allerdings rückläufig (vgl. Fischer 2009, S. 25).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Eigentübertyp einen entscheidenden Einfluss auf die Realisierung von Kernkompetenzpotentialen hat. Auch zeigt die Beziehung eine hohe Spezifität. Dies sollte ungeachtet des geringen direkten Einflusses auf die Patientenintegration aus strategischer Perspektive zu einer engen Anbindung führen.

3.3 Weitere Stakeholder

Neben den untersuchten kirchenspezifischen Stakeholdern existieren weitere Anspruchsgruppen, die sich als geeignet für die Anwendung des kombinierten Ansatzes zeigen. Beispielsweise kann hier auf die Stakeholdergruppe Belegärzte verwiesen werden. Die Beziehung zu dieser Gruppe ist ebenfalls differenziert zu betrachten. So bestehen hinsichtlich des Kernkompetenzpotentials und der Patientenintegration deutliche Unterschiede, beispielsweise zwischen einem belegärztlichen Anästhesisten und einem Urologen. So sind die Transaktionskosten bei beiden annähernd gleich, da hinsichtlich Häufigkeit des Kontaktes und notwendiger Investitionen (z.B.

Untersuchungsgeräte) ähnlich hohe Transaktionskosten anfallen. Auch ist beiden Stakeholdern gemein, dass ein Risiko opportunistischen Verhaltens gegenüber dem kirchlichen Krankenhaus vorhanden ist, z.B. dahingehend, dass sie bei lukrativeren Angeboten ihre Leistungen für ein anderes Krankenhaus erbringen würden. Hinsichtlich des Kernkompetenzpotentials unterscheiden sie sich aber deutlich. So bietet die urologische Leistung einen deutlich höheren Wettbewerbsvorteil für das kirchliche Krankenhaus als die anästhesistische, was insbesondere in der positiven Außenwirkung gegenüber Patienten durch die Bereitstellung eines breiteren Fachabteilungsspektrums begründet liegt. Auch können damit zusätzliche Fallzahlen generiert oder zumindest gesichert werden.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen haben den Versuch unternommen, auf Basis einer Kombination aus Transaktionskosten- und Relation-View-Ansatz sowie Überlegungen des Dienstleistungsmangements die Beziehung zu kirchenspezifischen Stakeholdern differenziert zu betrachten. Am Beispiel der Stakeholder Kirchengemeinde und Eigentümer hat sich gezeigt, dass deren optimale Einbindungstiefe je nach Ausprägung unterschiedlich sein kann. Es handelt sich bei beiden Stakeholdern um strategisch relevante Gruppen, die nicht zuletzt ihres Kernkompetenzpotentials wegen einer engen Anbindung bedürfen.

Auf Basis des vorgestellten kombinierten Ansatzes lassen sich damit stakeholder-spezifische Beziehungsstrategien theoretisch fundieren. Darüber hinaus können innerhalb einzelner Stakeholdergruppen weitere Differenzierungen abgeleitet werden. Zukünftiger Forschungsbedarf ist in der weiteren Operationalisierung des Ansatzes sowie einer Analyse ergänzender Stakeholdergruppe zu sehen. Darauf aufbauend können empirische Überprüfungen oder fallstudienbasierte Analysen erfolgen.

Literatur

Barmherzige Brüder Saffig (2006): proCum Cert - Qualitätsbericht, Saffig 2006.

Bender, David (2007): Stakeholder-Management im Sozialunternehmen. Kundennähe und Qualität durch Innovation, Saarbrücken 2007.

Broll, Berthold (1997): Steuerung kirchlicher Wohlfahrtspflege durch die verfaßten Kirchen, Gütersloh 1997.

Campenhausen, Axel/Riedel-Spangenberg, Ilona/Sebott, Reinhold (2002): Lexikon für Kirchen- und Staatskirchenrecht, Band 2, Paderborn, et. al. 2002.

Doll, Reiner-Peter (2006): Die Finanzierung von Nonprofit-Organisationen im Hinblick auf Basel II, Bayreuth 2006.

Dyer, Jeffrey H./Singh, Harbir (1998): The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage, in: *Academy of Management Review*, 23. Jg., Heft 4, 1998, S. 660-679.

Evangelisches Diakoniewerk Frederikenstift Hannover (2004): proCum Cert - Qualitätsbericht, Hannover 2004.

Fischer, Michael (2009): Das konfessionelle Krankenhaus, Münster 2009.

Fleßa, Steffen (2007): Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, München 2007.

Fleßa, Steffen (2009): Betriebswirtschaftslehre der Nonprofit-Organisationen, in: BFuP, 61. Jg., Nr. 1, Herne 2009, S. 1-21.

Gärtner, Heribert W. (1994): Zwischen Management und Nächstenliebe, Mainz 1994.

Hallermann, Heribert (2004): Pfarrei und pfarrliche Seelsorge, Paderborn, et al. 2004.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Betriebsgesellschaft (2005): proCum Cert - Qualitätsbericht, Ried im Innkreis 2005.

Krüger, Wilfried/Homp, Christian (1997): Kernkompetenz-Management: Steigerung von Flexibilität und Schlagkraft im Wettbewerb, Wiesbaden 1997.

Listl, Joseph/Pirson, Dietrich (1994): Handbuch des Staatskirchenrechts der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1994.

Neuendettelsauer Chronik (2008): Grenzen der Wohlfahrtsverbände überschritten, 94. Jg., Nr. 3, Neuendettelsau 2008, S. 3.

Pfriem, Reinhard (2008): Zwischen Reputation und Legitation. Alle reden vom Stakeholdermanagement..., in: Die Stakeholder-Gesellschaft und ihre Governance. Management, Netzwerke, Diskurse, hrsg. v. Josef Wieland, Marburg 2008, S. 81-98.

Picot, Arnold (1991): Ein neuer Ansatz zur Gestaltung der Leistungstiefe, in: zfbf, 4/1991, 43. Jg., 1991, S. 336-357.

Picot, Arnold/Reichwald, Ralf/Wigand, Rolf T. (2003): Die grenzenlose Unternehmung. Information, Organisation und Management, 5. Auflage, Wiesbaden 2003.

Prahalad, Coimbatore Krishnarao/Hamel, Gary (1990): The Core Competence of the Corporation, in: Harvard Business Review, May-June 1990, S. 79-91.

Prahalad, Coimbatore Krishnarao/Hamel, Gary (1991): Nur Kernkompetenzen sichern das Überleben, in: HARVARDmanager 2/1991, 13. Jg. S. 66-78.

Prognos/DEKV/KKVD (2009): Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark, Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland, Herne.

Quinn, James Brian/Hilmer, Frederick G. (1994): Strategic Outsourcing, in: Sloan Management Review, Number 4, Vol. 35, 1994, S. 43-55.

Rausch, Roland (1984): Die freigemeinnützigen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen 1984.

Reibnitz von, Christine (1999): Strategische Planung im Krankenhaus. Eine neue Herausforderung für das Management, Stuttgart 1999.

Röthig, Iris (2008): Stille Riesen, in: Financial Times Deutschland, Ausgabe vom 14.06.2007, Hamburg 2008.

Rumelt, Richard P. (1974): Strategy, Structure, and Economic Performance, Cambridge 1974.

Saarlandkliniken Kreuznacher Diakonie (2008): proCum Cert - Qualitätsbericht, Neunkirchen 2008.

Schmid, Rudolf (2002): Träger – Zu Begriff, Struktur, Entwicklung und Funktion des Trägers von Krankenhäusern, in: Management Handbuch Krankenhaus, 43. Erg.-Lfg., hrsg. v. Andreas Greulich et al, Heidelberg 2002, S. 1-26.

Schoenauer, Hermann et al (2004): Tradition und Innovation, Herausgeber, Stuttgart 2004.

Schrage, Bruno (2009): „Seelenpflege“ in caritativen Einrichtungen, in: Deutscher Caritasverband (Hrsg.): Caritas 2010, Freiburg 2009, S. 102-107.

Schwegel, Philipp/Da-Cruz, Patrick/Oberender, Peter (2010)a: Professionalisierung durch netzwerkorientierte Diversifikation am Beispiel kirchlicher Krankenhausträger, zur Veröffentlichung eingereicht.

Schwegel, Philipp/Da-Cruz, Patrick/Oberender, Peter (2010)b: Kernkompetenzorientierte Wertschöpfungszentren als Strategieoption für kirchliche Krankenhausträger, zur Veröffentlichung eingereicht.

Schwendenwein, Hugo (2005): Die Katholische Kirche, Essen 2005.

Simon, Alfred (1999): Erfahrungen aus dem Katholischen Krankenhaus Neu-Mariahilf in Göttingen, in: Ethik-Komitee im Krankenhaus, hrsg. v. DEKV/KKVD, Freiburg 1999, S. 45-47.

Städtler-Mach, Barbara (1993): Das Evangelische Krankenhaus, Hamburg 1993.

St. Elisabeth Hospital (2008): proCum Cert - Qualitätsbericht, Meerbusch-Lank 2008.

Wieland, Josef (2008): Governanceökonomik: Die Firma als Nexus von Stakeholdern. Eine Diskussionsanregung, in: Die Stakeholder-Gesellschaft und ihre Governance. Management, Netzwerke, Diskurse, hrsg. v. Josef Wieland, Marburg 2008, S. 15-38.

Williamson, Oliver E. (1985): Williamson, The economic institutions of capitalism, New York, 1985.



Williamson, Oliver E. (1996): Transaktionskostenökonomik, 2. Auflage, Hamburg 1996.

Alle Rechte vorbehalten.

Abdruck oder vergleichbare Verwendung von Arbeiten des Instituts für Sozialstrategie ist auch in Auszügen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

Publikationen des IfS unterliegen einem Begutachtungsverfahren durch Fachkolleginnen- und kollegen und durch die Institutsleitung. Sie geben ausschließlich die persönliche Auffassung der Autorinnen und Autoren wieder.