Marktorientiertes Management
Michael Lingenfelder *Hrsg.*

RESEARCH

Susanne Hanefeld

Übertragungsmechanismen von Reputation zwischen mehreren Bezugsgruppen

Empirische Untersuchung im Krankenhaus bei Einweisern und Patienten

Springer Gabler

Marktorientiertes Management

Herausgegeben von
M. Lingenfelder, Marburg, Deutschland

In dieser Schriftenreihe werden Entwicklung und Anwendung wissenschaftlich fundierter Methoden und Modelle des marktorientierten Managements thematisiert. Sie dient als Forum für praxisrelevante Fragestellungen aus Handel, Dienstleistung und Industrie, die mit Hilfe theoretischer und empirischer Erkenntnisse beantwortet werden.

Herausgegeben von
Univ.-Prof. Dr. Michael Lingenfelder
Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre
insb. Marketing
und Handelsbetriebslehre
Philipps-Universität Marburg, Deutschland

Susanne Hanefeld

Übertragungsmechanismen von Reputation zwischen mehreren Bezugsgruppen

Empirische Untersuchung im Krankenhaus bei Einweisern und Patienten

Mit einem Geleitwort von
Univ.-Prof. Dr. Michael Lingenfelder

Springer Gabler

Susanne Hanefeld
Marburg, Deutschland

Dissertation Philipps-Universität Marburg, 2014

Marktorientiertes Management
ISBN 978-3-658-09484-3 ISBN 978-3-658-09485-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-09485-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer Gabler
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media (www.springer.com)

Geleitwort

Reputation als Phänomen wird in der Marketingwissenschaft seit etwa 25 Jahren intensiv erforscht. Es stehen hierbei die Operationalisierung, die Determinanten und die Konsequenzen von Reputation im Zentrum des Interesses. Die Fragen indes, ob und wie Reputation zwischen verschiedenen Stakeholdern übertragen wird sowie ob der Übertragungsmechanismus bei unterschiedlichen Reputationsebenen verschiedenartig verläuft, sind bislang nahezu unbeantwortet geblieben. Hier setzt die vorgelegte Dissertationsschrift von Frau Hanefeld an. Als Kontext für ihre Argumentation wählt sie den Krankenhausmarkt in Deutschland aus.

Die Bearbeiterin trachtet danach, folgende vier Forschungsfragen zu beantworten:

- Verfügt ein Unternehmen über klar und deutlich abgrenzbare Reputationen bei unterschiedlichen Anspruchsgruppen?
- In welche Richtung und unter welchen Determinanten findet ein Reputationstransfer zwischen verschiedenen Stakeholdergruppen satt?
- Haben Determinanten bei verschiedenen Stakeholdergruppen eine unterschiedliche Einflussstärke auf Reputationen?
- Existieren bei einem Unternehmen aus Sicht einer Anspruchsgruppe verschiedene Reputationen?

Das umfangreichste Element der Untersuchung mit rund 100 Seiten bildet Kapitel C. Dieses mündet in Abschn. 7 in der Zusammenschau von 22 Hypothesen, die in Abb. C-10 in ein Forschungsmodell integriert werden.

Die Diskussion in diesem Kapitel beginnt mit der Spezifikation von Reputation. Hierbei wird dieses Konstrukt auch von verwandten Phänomenen abgegrenzt. Nach der Begründung für die Theorienauswahl und der Erörterung von Interdependenzen zwischen den selektierten Theorien arbeitet die Bearbeiterin die Krankenhaus-, die Fachabteilungs- und die Chefarztreputation als distinkte Größen heraus (Abschn. 3). Hierbei lehnt sie sich großteils an die Arbeit von

Zimmer (2010) an, der bereits zwischen Krankenhaus- und Fachabteilungsreputation unterschieden hat. Abschn. 4 dient so dann der Klärung, ob es stakeholderspezifische, genauer: einweiser- und patientenbezogene Reputationen gibt und ob deren Zustandekommen von Moderatoren beeinflusst werden. Frau Hanefeld zieht dabei Kundenorientierung und wahrgenommene Qualität in Betracht.

Abschn. 5 wendet sich der theoretischen Begründung für die Übertragung von Reputation zwischen Einweisern und Patienten zu. Im Fokus steht hierbei das Emotional Contagion-Konzept. Schließlich wird noch argumentiert, dass die Reputation des niedergelassenen Arztes und das von Patienten wahrgenommene Risiko der Krankenhauswahl Moderatoren für diesen vertikalen Übertragungsmechanismus sein können.

Die mittels zweier Teilstichproben zu tage geförderten empirischen Erkenntnisse werden auf ungefähr 50 Seiten in Kapitel E. erörtert. Mit Hilfe der Mehrebenenanalyse und der Strukturgleichungsmodellierung werden in Abschn. 2 die Forschungshypothesen mit den Datensätzen getestet. Die wesentlichen Untersuchungsbefunde bestehen in folgenden Resultaten (vgl. Abschn. 3):

- Sowohl Patienten als auch niedergelassene Ärzte nehmen Krankenhaus-, Fachabteilungs- und Chefarztreputation als distinkte Konstrukte wahr.
- Die Chefarztreputation wird bei Patienten und niedergelassenen Ärzten als sehr ähnlich, die Krankenhaus- und die Fachabteilungsreputation demgegenüber als divergent eingeschätzt.
- Die Strukturqualität übt bei beiden Stakeholdergruppen keinen Effekt auf die Reputation des Krankenhauses aus.
- Die Krankenhausreputation wird vom niedergelassenen Arzt auf dessen Patienten übertragen, wobei dieses desto stärker geschieht, je höher das wahrgenommene Risiko der Krankenhauswahl für den Patienten ist.

Nach der Erläuterung von Limitationen der Untersuchung diskutiert die Verfasserin Handlungsempfehlungen für das Reputationsmanagement in der Praxis und für die Reputationsforschung.

Die Schrift überzeugt durch ihre stringente theoretische Argumentation und die saubere Modellierung von Ursache-Wirkungszusammenhängen. Sie beschreitet konzeptionell Neuland, indem Reputation stakeholderspezifisch verstanden und in einem Mehrebenenmodell empirisch getestet wird. Ich bin sicher, dass die Dissertation sowohl dem Forscher als auch dem Praktiker eine Fülle von konkreten Anregungen rund um das Themenfeld Reputation zu geben vermag. Insofern wünsche ich dem Werk eine große Verbreitung.

Univ.-Prof. Dr. Michael Lingenfelder

Vorwort

Die Anfertigung dieser Arbeit wäre ohne die Unterstützung einer Vielzahl von Menschen kaum möglich gewesen. Ich möchte mich daher an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während meiner Promotionszeit angespornt und unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt meinem akademischen Lehrer und Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Michael Lingenfelder. Ihm danke ich für die konstruktiven Anregungen und die zahlreichen Diskussionen sowie seine Unterstützung und Flexibilität auch in besonderen Situationen, wie Krankheit oder der Geburt meiner Tochter. Darüber hinaus bin ich äußerst dankbar für die Erfahrungen, die ich unter seiner Betreuung in zahlreichen wissenschaftlichen und praxisbezogenen Projekten sammeln konnte.

Für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanke ich mich herzlich bei Prof. Dr. Torsten Wulf. Und für die unkomplizierte Übernahme des Prüfungsvorsitzes möchte ich Herrn Prof. Dr. Ulrich Hasenkamp meinen Dank aussprechen.

Außerdem möchte ich mich bei den Vertretern des kooperierenden Krankenhauses für die Bereitschaft zur Mitwirkung an der empirischen Studie bedanken. Die Verpflichtung zur Vertraulichkeit erlaubt es leider nicht, sie hier namentlich zu nennen.

Von Herzen dankbar bin ich für die schöne Zeit am Lehrstuhl für Marketing und Handelsbetriebslehre und die Menschen mit denen ich dort arbeiten durfte. Dazu zählen insbesondere Diana und Ramona, die zu echten Freundinnen geworden sind, und die ich in meinem Leben nicht mehr missen möchte! Ein ganz besonderer Dank gilt Ramona, die durch intensive Diskussionen, ihre stete Motivation sowie ihr akribisches Korrekturlesen zum erfolgreichen Abschluss meiner Arbeit erheblich beigetragen hat – Danke!

Danken möchte ich aber auch allen anderen Kolleginnen und Kollegen die mich während meiner Lehrstuhlzeit begleitet haben. Mein Dank geht an Dominic, Gloria, Marion, Henrike, Sina, Sabine, Felix und Daniel. Letzterem danke

ich für die sehr lustigen letzten Monate, die mich mit viel Lachen durch so manche Frust-Phase gebracht haben. Nicht zu vergessen ist Inge, die gute Seele des Lehrstuhls: Inge, durch deine Art, deine Hilfsbereitschaft und deine Herzlichkeit hast Du die Zeit zu etwas ganz Besonderem gemacht! Danke.

Aus meinem privaten Umfeld möchte ich einen großen Dank an meine Freundinnen Helen und Kati richten, die mich schon seit so vielen Jahren begleiten, und auch an alle anderen Freunde und Familienmitglieder, die es mir nie übel genommen haben, wenn ich mich mal länger nicht gemeldet habe, sondern mich stets aufgemuntert und unterstützt haben – auch in weniger leichten Phasen. Danke!

Aus tiefstem Herzen danke ich meinem geliebten Mann Christoph, der mich in den letzten 12 Jahren meines Lebens und während meiner gesamten akademischen Ausbildung begleitet hat. Er hat mich unterstützt, motiviert und in den weniger guten Phasen meiner Promotion „ertragen“. Aber er hat mir auch immer wieder vor Augen geführt, dass es neben der Doktorarbeit auch andere Dinge gibt, wofür ich ihm heute sehr dankbar bin.
Ein liebevoller Dank gilt zudem unserer Tochter Charlotte, die in ihren ersten beiden Lebensjahren oft auf ihre Mama verzichten musste, wenn diese „in der Uni“ war. Meine liebe Charlotte, durch deine uneingeschränkte Liebe hast Du mich sehr bei meiner Arbeit unterstützt. Auch für dich wollte ich es schaffen – damit Du irgendwann mal stolz auf deine Mami sein kannst.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, die meine akademische Ausbildung und die anschließende Promotion erst möglich gemacht haben. Ihr habt mich immer unterstützt, mich aufgebaut und zu dem gemacht, was ich heute bin. Ich bin überglücklich euch zu haben!

Kaum zu beschreiben ist dabei die Dankbarkeit, die ich meiner Mutter gegenüber empfinde, die mir nicht nur mit Worten beigestanden hat, sondern auch und vor allem durch ihr aufopferungsvolles Verhalten – sei es die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes inkl. Vollverpflegung in stressigen Zeiten, die fachmännische Korrektur meiner Doktorarbeit, sowie die liebevolle Betreuung mei-

ner Tochter – maßgeblich zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen hat. Mami, ohne Dich gäbe es dieses Buch nicht – Danke!

Meinen Eltern, meinem Mann und meiner Tochter Charlotte widme ich daher dieses Buch.

Susanne Hanefeld

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis XXI

Tabellenverzeichnis..... XXIII

Abkürzungsverzeichnis XXVII

A Zusammenspiel distinkter Reputationen von Unternehmen als Herausforderung für ein erfolgreiches Management 1

1 Relevanz der Reputation und ihrer Übertragung zwischen Stakeholdergruppen für den Erfolg von Unternehmen..... 1

2 State-of-the-art der Marketingforschung zu verschiedenen Reputationen eines Unternehmens..... 5

3 Forschungsziele und Gang der Untersuchung..... 9

B Krankenhäuser im Fokus multipler Stakeholdergruppen als Untersuchungskontext der vorliegenden Arbeit 17

1 Krankenhausmarkt als Untersuchungskontext..... 17

1.1 Bedeutung und Struktur des Krankenhausmarktes im deutschen Gesundheitssystem 17

1.2 Ziele und Strategien von Krankenhäusern vor dem Hintergrund diverser Gesetzesänderungen 20

1.3 Organisationsstruktur im Krankenhaus – Zur Bedeutung von Kliniken, Fachabteilungen und übergreifenden Zentren..... 24

2 Stakeholder von Krankenhäusern..... 27

2.1 Grundlagen des Stakeholderansatzes 27

2.2 Identifikation und Priorisierung der Stakeholder von Krankenhäusern 31

2.2.1 Identifikation bedeutender Stakeholdergruppen für ein Krankenhaus..... 31

2.2.2 Einordnung von Patienten und niedergelassenen Ärzten in die Stakeholdertypologie von *Mitchell et al.* 34

2.2.3 Charakteristika der Krankenhauswahlentscheidung bei niedergelassenen Ärzten und Patienten 35

2.3 Zur Schlüsselfunktion von niedergelassenen Ärzten 41

3 Zwischenfazit 42

C Theoriegeleitete Modellentwicklung zur Analyse der stakeholderspezifischen Reputation und inter-stakeholder Transfermechanismen 45

1 Spezifikation der zu erklärenden betriebswirtschaftlichen Zielgröße Reputation 45

1.1 Herleitung einer Definition der Reputation 45

1.2 Abgrenzung des Reputationskonstruktes von verwandten Phänomenen 50

2 Identifikation und Interdependenz geeigneter Theorien sowie Konzepte zur Erklärung stakeholderspezifischer Reputationen und inter-stakeholder Transfermechanismen 51

3 Zur Notwendigkeit der Differenzierung zwischen verschiedenen Reputationsebenen eines Krankenhauses 55

3.1 Social-Identity-Theorie als theoretische Basis einer nach Unternehmensebene differenzierten Reputation 56

3.2 Empirische Erfassung aller Reputationsebenen 60

3.2.1 Ansätze zur Messung der Reputation 61

3.2.2 Entwicklung eines adäquaten Messansatzes zur Erfassung aller Reputationen im Krankenhaus 63

3.2.2.1 Identifikation eines geeigneten Messansatzes anhand festgelegter Kriterien 63

3.2.2.2 Schwaigers Basismodell zur Erfassung der Reputation und dessen Erweiterung durch Zimmer 66

4 Herleitung der Forschungshypothesen zur Erklärung der Existenz stakeholderspezifischer Reputation von Krankenhäusern 71

4.1 Theorien und Ansätze als Basis zur Erklärung von differierenden Reputationen eines Bezugsobjektes bei verschiedenen Stakeholdern..... 72

4.1.1 Kernaussagen der heranzuziehenden Theorien..... 73

4.1.1.1 Elaboration-Likelihood-Modell 73

4.1.1.2 Ansätze aus der Expertiseforschung 75

4.1.2 Begründung eines variierenden Reputationsurteils bei Patienten und niedergelassenen Ärzten 77

4.2 Empirische Erfassung der Reputation in jeder Stakeholdergruppe.. 82

4.3 Determinanten der Reputation als Erklärungshilfe für unterschiedliche Reputationen in verschiedenen Stakeholdergruppen 84

4.3.1 Kundenorientierung als Determinante der Krankenhausreputation in verschiedenen Stakeholdergruppen..... 84

4.3.1.1 Abriss über das Konstrukt „Kundenorientierung“..... 84

4.3.1.2 Zur Bedeutung der Kundenorientierung für die Reputationsebenen eines Krankenhauses 86

4.3.1.3 Empirische Erfassung der Kundenorientierung bei unterschiedlichen Stakeholdergruppen 89

4.3.2 Wahrgenommene Qualität als Determinante der Krankenhausreputation bei verschiedenen Stakeholdern 92

4.3.2.1 Abriss über das Konstrukt „Wahrgenommene Qualität“ 92

4.3.2.2 Begründungszusammenhang für einen variierenden Einfluss der Qualitätsdimensionen auf das Reputationsurteil der Patienten und niedergelassenen Ärzte..... 94

4.3.2.3 Empirische Erfassung der wahrgenommenen Qualität bei unterschiedlichen Stakeholdergruppen..... 99

5 Herleitung der vertikalen Forschungshypothesen zur Erklärung der Übertragung der Reputation eines Bezugsobjektes zwischen Stakeholdergruppen 104

5.1 Abriss über den Forschungsgegenstand der „Übertragung von Einstellungen zwischen Individuen“ 104

5.2 Balancetheorie und Emotional Contagion-Konzept zur Fundierung der Übertragung der Reputation zwischen Stakeholdergruppen 110

5.2.1 Kernaussagen der Balancetheorie 110

5.2.2 Zentrale Elemente des Emotional Contagion-Konzepts 113

5.2.3 Implikationen beider Theorien für den Zusammenhang zwischen den Reputationen eines Krankenhauses bei Patienten und bei niedergelassenen Ärzten 117

6 Einfluss moderierender Faktoren auf den Transfer der Krankenhausreputation zwischen niedergelassenen Ärzten und Patienten 123

6.1 Bezugsrahmen für die Untersuchung moderierender Effekte auf die Übertragung der Reputation zwischen Stakeholdergruppen und Auswahl geeigneter Moderatoren 123

6.2 Reputation des niedergelassenen Arztes beim Patienten als Kommunikator-bezogener Moderator 126

6.2.1 Begründungszusammenhang für die Moderation der Transferbeziehung durch die Reputation des niedergelassenen Arztes beim Patienten 126

6.2.2 Empirische Erfassung der Reputation des niedergelassenen Arztes beim Patienten 129

6.3 Das wahrgenommene Risiko der Krankenhauswahl als Rezipienten-induzierter Moderator 130

6.3.1 Risikotheorie als Erklärungsansatz für die Moderation durch das wahrgenommene Risiko der Krankenhauswahl für den Patienten 130

6.3.2 Empirische Erfassung des Risikos der Krankenhauswahl für Patienten 133

7 Integration der entwickelten Hypothesen in ein Forschungsmodell 135

D Konzeption einer empirischen Untersuchung zur Überprüfung der stakeholderspezifischen Reputation und inter-stakeholder Transfermechanismen 139

1 Ziele und Vorgehensweise im Rahmen der Studie 139

2 Beschreibung der Untersuchungsstichproben 143

3 Wettbewerbssituation und Strukturdaten des fokalen Krankenhauses 147

E Stakeholderspezifische Reputation und inter-stakeholder Transfermechanismen im Spiegel empirischer Befunde 149

1 Gütebeurteilung der Konstrukte des Forschungsmodells 149

1.1 Vorgehensweise bei der Überprüfung der Konstrukte 149

1.2 Überprüfung der Konstruktmessung der Krankenhaus-, Fachabteilungs- und Chefarztreputation 154

1.2.1 Reputationsebenen bei niedergelassenen Ärzten 154

1.2.1.1 Krankenhausreputation bei niedergelassenen Ärzten 154

1.2.1.2 Fachabteilungsreputation bei niedergelassenen Ärzten 157

1.2.1.3 Chefarztreputation bei niedergelassenen Ärzten 160

1.2.2 Reputationsebenen bei Patienten 162

1.2.2.1 Krankenhausreputation bei Patienten 162

1.2.2.2 Fachabteilungsreputation bei Patienten 163

1.2.2.3 Chefarztreputation bei Patienten 164

1.3 Überprüfung der Konstruktmessungen der Determinanten der Reputation 166

1.3.1 Wahrgenommene Qualität des Krankenhauses bei niedergelassenen Ärzten und Patienten 166

1.3.1.1 Qualitätsdimensionen bei niedergelassenen Ärzten 166
1.3.1.2 Qualitätsdimensionen bei Patienten 168

1.3.2 Kundenorientierung des Krankenhauses 170

1.4 Überprüfung der Konstruktmessungen der Moderatoren der Transferbeziehung 171

1.4.1 Reputation des niedergelassenen Arztes bei Patienten 171

1.4.2 Wahrgenommenes Risiko der Krankenhauswahl beim Patienten 172

1.5 Überprüfung der Konvergenz- und Diskriminanzvalidität der Konstrukte 173

2 Überprüfung der Forschungshypothesen 175

2.1 Vorgehensweise bei der Überprüfung der Forschungshypothesen 175

2.1.1 Auswahl geeigneter Verfahren zur Überprüfung der Forschungshypothesen 175

2.1.2 Mehrebenenanalyse als Methode zur Überprüfung der Transfermechanismen von Reputation 177

2.1.2.1 Grundlagen der Mehrebenenanalyse 177
2.1.2.2 Voraussetzungen und Vorgehensweise der Mehrebenenanalyse 180

2.2 Überprüfung der Existenz unterschiedlicher Reputationsebenen im Unternehmen 183

2.3 Überprüfung der Existenz stakeholderspezifischer Reputation 185

2.4 Analyse des Transfers der Krankenhausreputation zwischen niedergelassenen Ärzten und Patienten 190

2.5 Überprüfung der moderierenden Effekte auf die Transferbeziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und bei Patienten 191

2.5.1 Zur moderierenden Wirkung der Reputation von niedergelassenen Ärzten bei Patienten 192

2.5.2 Zum moderierenden Effekt des wahrgenommenen Risikos der Krankenhauswahl bei Patienten 194

3 Zusammenfassung der empirischen Untersuchungsergebnisse 195

F Bewertung der Untersuchungsbefunde aus der Perspektive von Wissenschaft und Praxis 197

1 Limitationen der empirischen Untersuchung 197

2 Implikationen für das Reputationsmanagement von Krankenhäusern 210

2.1 Implikationen aufgrund des Multi-Level-Charakters der Reputation 212

2.2 Implikationen aus der Transferbeziehung der Reputation zwischen Stakeholdergruppen 219

2.3 Handlungsempfehlungen zur systematischen Entwicklung eines Reputationsmanagements im Krankenhaus 226

3 Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung 243

G Schlussbetrachtung und Ausblick 249

Literaturverzeichnis 253

Anhang 285

Anhang 1: Synopse von Studien zur Reputationsmessung 285

Anhang 2: Synopse von Literatur und Studien zum Einstellungstransfer zwischen Individuen 298

Anhang 3: Güteprüfung der Krankenhausreputation bei niedergelassenen Ärzten 301

Anhang 4: Güteprüfung der Fachabteilungsreputation bei niedergelassenen Ärzten 303

Anhang 5: Güteprüfung der Chefarztreputation bei niedergelassenen Ärzten 306

Anhang 6: Güteprüfung der Krankenhausreputation bei Patienten 308

Anhang 7: Güteprüfung der Fachabteilungsreputation bei Patienten 311

Anhang 8: Güteprüfung der Chefarztreputation bei Patienten 314

Anhang 9: Güteprüfung der Qualitätsdimensionen bei NGA 317

Anhang 10: Güteprüfung der Qualitätsdimensionen bei Patienten 319

Anhang 11: Güteprüfung der Kundenorientierung 321

Anhang 12: Güteprüfung der Reputation des niedergelassenen Arztes bei Patienten (NGA-Reputation) 323

Anhang 13: Güteprüfung zum wahrgenommenen Risiko der Krankenhauswahl beim Patient 326

Anhang 14: Güteprüfung des Gesamtmodells 327

Abbildungsverzeichnis

Abb. A-1: Ausgewählte konzeptionelle und empirische Arbeiten zu zentralen Inhalten der Reputationsforschung 6
Abb. A-2: Forschungsziele der vorliegenden Arbeit 11
Abb. A-3: Gang der Untersuchung 15
Abb. B-1: Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerarten ... 19
Abb. B-2: Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser 20
Abb. B-3: Organisationsstruktur im Krankenhaus 24
Abb. B-4: Stakeholdertypologie nach Mitchell et al. 30
Abb. B-5: Stakeholder eines Krankenhauses 32
Abb. B-6: Zusammenspiel wesentlicher Akteure bei der Nachfrage nach stationärer Patientenversorgung 33
Abb. C-1: Zusammenfassende Darstellung verwendeter Theorien 53
Abb. C-2: Messmodell der Reputation von Schwaiger (2004) 68
Abb. C-3: Struktur des erweiterten Means-End Chain-Ansatzes 87
Abb. C-4: Beispielhafte Means-End-Ketten für niedergelassene Ärzte zur wahrgenommenen Qualität von Krankenhäusern 94
Abb. C-5: Beispielhafte Means-End-Ketten für Patienten zur wahrgenommenen Qualität von Krankenhäusern 96
Abb. C-6: Verschiedene Arten des Einstellungserwerbs 107
Abb. C-7: Gleichgewicht und Ungleichgewicht in der p-o-x-Triade von Heider 111
Abb. C-8: p-o-x-Triade für den fokalen Kontext 120
Abb. C-9: Balancezustände in der p-o-x-Triade für den fokalen Zusammenhang 121
Abb. C-10: Entwickeltes Forschungsmodell dieser Arbeit 137
Abb. D-1: Vorgehensweise bei der empirischen Untersuchung 140
Abb. E-1: Prüfschema für ein- und mehrdimensionale Konstrukte 153
Abb. E-2: Beziehungen in einer hierarchischen Datenstruktur 177
Abb. E-3: Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle für niedergelassene Ärzte und Patienten 187
Abb. F-1: Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen im Forschungsmodell 210
Abb. F-2: Bedeutung von Chefarzt-Eigenschaften für die Bildung der Chefarztreputation 216

Abb. F-3: Bedeutung des niedergelassenen Arztes bei der Krankenhauswahlentscheidung von Patienten 220
Abb. F-4: Elemente eines Reputationsmanagements 227
Abb. F-5: Phasen des Reputationsmanagementprozesses 229
Abb. F-6: Nutzungsgrad von Informationsquellen über das Krankenhaus von niedergelassenen Ärzten 239
Abb. F-7: Nutzungsgrad von Informationsquellen über das Krankenhaus von Patienten 239
Abb. F-8: Methodische und inhaltliche Anknüpfungspunkte für die zukünftige Forschung 243

Tabellenverzeichnis

Tab. B-1: Informationsquellen bei der Krankenhauswahl von Patienten 35
Tab. B-2: Kriterien zur Krankenhauswahl aus Sicht von Patienten 37
Tab. B-3: Kriterien zur Krankenhauswahl von niedergelassenen Ärzten 38
Tab. B-4: Informationsquellen zur Krankenhauswahl von niedergelassenen Ärzten 39
Tab. C-1: Überblick über einschlägige Definitionen von Reputation 47
Tab. C-2: Auswahl von eindimensionalen und mehrdimensionalen Messansätzen für Reputation 62
Tab. C-3: Operationalisierung des Konstruktes "Krankenhausreputation" .. 69
Tab. C-4: Operationalisierung des Konstruktes "Fachabteilungsreputation" 70
Tab. C-5: Operationalisierung des Konstruktes "Chefarztreputation"..... 71
Tab. C-6: Zusammenfassende Darstellung der Prüfung der Informationsverarbeitungsroute gemäß ELM bei niedergelassenen Ärzten und Patienten 77
Tab. C-7: Operationalisierung des Konstruktes Kundenorientierung bei niedergelassenen Ärzten ("Einweiserorientierung") 91
Tab. C-8: Operationalisierung des Konstruktes Kundenorientierung bei Patienten ("Patientenorientierung")..... 91
Tab. C-9: Operationalisierung des Konstruktes "Wahrgenommene Qualität" aus Sicht niedergelassener Ärzte 101
Tab. C-10: Operationalisierung des Konstruktes "Wahrgenommene Qualität" aus Sicht von Patienten 103
Tab. C-11: Überblick zu Bezugspunkten in der Forschung zur Einstellungsübertragung 106
Tab. C-12: Auswahl potentieller Moderatoren auf die Transferbeziehung .. 124
Tab. C-13: Operationalisierung des Konstruktes "Reputation des niedergelassenen Arztes" 129
Tab. C-14: Operationalisierung des Konstruktes "Wahrgenommenes Risiko der Krankenhauswahl" 134
Tab. C-15: Forschungshypothesen zur Prüfung der Existenz stakeholderspezifischer Reputation 135
Tab. C-16: Forschungshypothesen zur Prüfung des Transfers von Reputation zwischen Stakeholdergruppen 136

Tab. C-17: Forschungshypothesen zur Prüfung der Moderatoren des Transfers von Reputation zwischen Stakeholdergruppen 136
Tab. D-1: Struktur des Rücklaufs in beiden Stichproben 145
Tab. D-2: Verwendete Datensätze in der vorliegenden Arbeit 146
Tab. E-1: Gütekriterien der ersten und zweiten Generation zur Beurteilung der Anpassungsgüte von Mess- und Strukturmodellen 152
Tab. E-2: Eigenwerttableau und Parallelanalyse der exploratorischen Faktorenanalyse der Krankenhausreputation bei niedergelassenen Ärzten 155
Tab. E-3: Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse über alle Dimensionen der Krankenhausreputation bei niedergelassenen Ärzten 155
Tab. E-4: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Krankenhausreputation" bei niedergelassenen Ärzten 157
Tab. E-5: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Fachabteilungsreputation" bei niedergelassenen Ärzten 160
Tab. E-6: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Chefarztreputation" bei niedergelassenen Ärzten 162
Tab. E-7: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Krankenhausreputation" bei Patienten 163
Tab. E-8: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Fachabteilungsreputation" bei Patienten 164
Tab. E-9: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "Chefarztreputation" bei Patienten 165
Tab. E-10: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Strukturqualität des Krankenhauses" bei niedergelassenen Ärzten 166
Tab. E-11: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Prozessqualität des Krankenhauses" bei niedergelassenen Ärzten 167
Tab. E-12: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Ergebnisqualität des Krankenhauses" bei niedergelassenen Ärzten 168
Tab. E-13: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Strukturqualität des Krankenhauses" bei Patienten 168
Tab. E-14: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Prozessqualität des Krankenhauses" bei Patienten 169

Tab. E-15: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Ergebnisqualität des Krankenhauses" bei Patienten 169
Tab. E-16: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Einweiserorientierung" 170
Tab. E-17: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Patientenorientierung" 171
Tab. E-18: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes zweiter Ordnung "NGA-Reputation" bei Patienten 172
Tab. E-19: Ergebnisse der Güteprüfung des Konstruktes "Wahrgenommenes Risiko der Krankenhauswahl" bei Patienten 172
Tab. E-20: Ergebnisse der Prüfung auf Diskriminanzvalidität 174
Tab. E-21: Geforderte Mindestgruppenzahl auf Makroebene in der Literatur 181
Tab. E-22: Überprüfung der Existenz mehrerer Reputationsebenen im Unternehmen 184
Tab. E-23: Analyse des Transfers der Krankenhausreputation von niedergelassenen Ärzten auf Patienten 190
Tab. E-24: Analyse der moderierenden Wirkung der Reputation des NGA beim Patienten auf die Transferbeziehung 192
Tab. E-25: Analyse der moderierenden Wirkung des Wahrgenommenen Risikos der Krankenhauswahl beim Patienten auf die Transferbeziehung 194
Tab. E-26: Überblick über die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen 196
Tab. F-1: Handlungsempfehlungen aufgrund des Multi-Level-Charakters der Reputation 212
Tab. F-2: Zusammenhänge zwischen Reputationsebenen 213
Tab. F-3: Aus der Stakeholderspezifität und dem Transfer von Reputation zwischen Stakeholdern resultierende Handlungsempfehlungen 219
Tab. F-4: Handlungsempfehlungen zur gezielten Steigerung der Reputation bei niedergelassenen Ärzten 230
Tab. F-5: Maßnahmen zur Steigerung der Einweiserorientierung 232
Tab. F-6: Handlungsempfehlungen zur gezielten Steigerung der Reputation bei Patienten 236

Tab. F-7: Informationskanäle zur Beeinflussung der Reputation bei verschiedenen Stakeholdergruppen 242

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
aff	affektiv
BIP	Bruttoinlandsprodukt
CA	Chefarzt
CFI	Comparative-Fit-Index
DEV	durchschnittlich erfasste Varianz
DRG	Diagnosis Related Group
EC	Emotional Contagion
ECK	Emotional Contagion-Konzept
ELM	Elaboration-Likelihood-Modell
EO	Einweiserorientierung
EQ	Ergebnisqualität
FA	Fachabteilung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GMG	Gesundheitssystemsmodernisierungsgesetz
IFI	Incremental-Fit-Index
IV	Integrierte Versorgung
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
kog	kognitiv
MIMIC	Multiple Indicators and Multiple Causes
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGA	Niedergelassener Arzt
P	Patient
PKV	Private Krankenversicherung
PO	Patientenorientierung
PQ	Prozessqualität
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RQ	Reputation Quotient
SGB	Sozialgesetzbuch

SQ	Strukturqualität
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
Tab.	Tabelle
TLI	Tucker-Lewis-Index

A Zusammenspiel distinkter Reputationen von Unternehmen als Herausforderung für ein erfolgreiches Management

1 Relevanz der Reputation und ihrer Übertragung zwischen Stakeholdergruppen für den Erfolg von Unternehmen

Die Relevanz von Reputation für den Erfolg von Unternehmen drückt sich in mannigfaltiger Form aus. Ein für die Unternehmen sehr bedeutender Aspekt ist das Erzielen von strategischen Wettbewerbsvorteilen.[1] Insbesondere immaterielle und intangible Vermögenswerte stellen solche strategischen Wettbewerbsvorteile dar, da sie nur schwer von anderen kopiert werden können. Sie besitzen verstärkt in Branchen mit hohem Wettbewerbsdruck Relevanz.[2] Die Reputation wird in der einschlägigen Literatur als ein solcher immaterieller Vermögenswert eines Unternehmens beschrieben, womit ihr eine entscheidende Bedeutung im Wettbewerb um Kunden zukommt.[3] Weiter hat die Reputation eines Unternehmens einen starken Einfluss auf das Verhalten der Kunden. Reputation wird dabei als eine Information über die Leistungen eines Unternehmens angesehen und gilt somit als eine wichtige Determinante der Leistungsinanspruchnahme.[4] Aufgrund dieser Funktion hat die Reputation eines Unternehmens eine erhebliche Erfolgsrelevanz. Unternehmen sollten sich demnach gezielt mit dem Reputationsmanagement befassen, um langfristig am Markt erfolgreich zu sein.[5]

Die Präsenz des Reputation-Konstruktes in der wissenschaftlichen Forschung hat seit den 1990er Jahren stetig zugenommen.[6] So wird in einer Vielzahl an Studien das Erfolgspotenzial einer hohen Reputation im Unternehmen untersucht.[7] Eine bedeutende Erkenntnis dieser Forschung liegt in der Tatsache, dass die Wirkung der Reputation höher ist, wenn es sich bei den angebotenen Leistungen größtenteils um Vertrauens- oder Erfahrungsleistungen handelt, da

---

1 Vgl. Low/Kalafut (2002), S. 8.

2 Vgl. z.B. Fernández Sánchez/Luna Sotorrio (2007); Deephouse (1997).

3 Vgl. u.a. Raithel/Schwaiger (2014), S. 2; Sarstedt et al. (2013), S. 329; Walker (2010), S. 357; Svendsen (1998), S. 19; Hall (1992), S. 135 f.; Weigelt/Camerer (1988), S. 443.

4 Vgl. u.a. Schwaiger et al. (2011), S. 67; Eberl (2006), S. 41; Mailath/Samuelason (2001), S. 415.

5 Vgl. Sarsted et al. (2013), S. 329; Helm (2007a), S. 5; Gray/Balmer (1998), S. 695.

6 Vgl. u.a. Walker (2010), S. 357 f.; Balmer/Greyser (2003), S. 177.

7 Für eine Übersicht vgl. u.a. Walker (2010) und die Ausführungen in Kapitel A2.

S. Hanefeld, *Übertragungsmechanismen von Reputation zwischen mehreren Bezugsgruppen,*
Marktorientiertes Management, DOI 10.1007/978-3-658-09485-0_1,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2015

bei der Auswahlentscheidung nicht auf direkt beobachtbare Merkmale rekurriert werden kann.[8]

Reputation und ihre Erfolgswirkungen werden in der Literatur aus Sicht verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen heraus betrachtet. Je nach Blickwinkel werden unterschiedliche Theorien zur Erklärung der Entstehung und Wirkung von Reputation herangezogen.[9] Eine hohe Bedeutung kommt im Rahmen dieses Forschungsvorhabens den verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen zu, da diese das menschliche Entscheidungsverhalten und dessen Entstehung untersuchen. So dient Reputation, betrachtet als ein einstellungsähnliches Konstrukt, insbesondere bei Vertrauens- bzw. Erfahrungsleistungen u.a. als Signal für fehlende Informationen (wie z.B. für die Ergebnisqualität bei Dienstleistungen) und geht als solches mit in die Entscheidungsfindung ein.[10] Darüber hinaus kann aufgrund der Tatsache, dass Individuen gemäß verschiedener verhaltenswissenschaftlicher Ansätze bei ihren Entscheidungen u.a. auf bestehende Einstellungen, z.B. der Reputation, zurückgreifen, sowohl positive als auch negative Reputation eine direkte Handlungsrelevanz haben, ohne die Berücksichtigung ihrer Funktion als Qualitätsindikator.[11] Die Verhaltenswissenschaften spielen daher für die vorliegende Arbeit eine herausragende Rolle und werden dementsprechend im weiteren Verlauf noch näher betrachtet.[12]

Das Reputationskonstrukt wird von diversen Autoren als ein Multi-Level-Konstrukt beschrieben.[13] Diesem Ansatz folgend, verfügt ein Unternehmen über mehr als nur eine Reputation. Einzelne Abteilungen oder Sparten können eigene Reputationen aufweisen und sich damit von der Reputation des Gesamtunternehmens unterscheiden.[14] Darüber hinaus werfen *Fombrun/Shanley* bereits 1990 die Frage auf, ob *„firms have one reputation or many?“*[15].

---

[8] Vgl. Rose/Thomsen (2004), S. 201; Büschken (1999), S. 1.

[9] Vgl. für einen detaillierten Überblick über die angewendeten Ansätze in der Reputationsforschung Walker (2010), S. 375 f. und Zimmer (2010), S. 2 ff.

[10] Vgl. Foscht/Swoboda (2007), S. 23, S. 25 ff.; Feldman/Lynch (1988), S. 421 f.

[11] Vgl. Zimmer (2010), S. 2.

[12] Dabei wird ihre Eignung vor allem in Kapitel C2 diskutiert und einzelnen Theorien anschließend im Rahmen der Hypothesenherleitung detailliert erläutert (Kapitel C3-C6).

[13] Vgl. Zimmer (2010); Ferguson et al. (2000), S. 1195; Bromley (1993), S. 13.

[14] Vgl. hierzu exemplarisch Zimmer (2010).

[15] Fombrun/Shanley (1990), S. 254.

Inzwischen herrscht Konsens in der Literatur hinsichtlich der Tatsache, dass die Reputation eines Unternehmens bei jeder Stakeholdergruppe anders ausgeprägt sein kann.[16] *Bromley* konstatiert hierzu, dass Unternehmen *„have as many reputations as there are distinct social groups (collectives) that can take interest in them"*[17]. Beide Erkenntnisse stellen das Management eines Unternehmens vor große Herausforderungen – es muss nicht mehr nur „die" Unternehmensreputation beachten, sondern sowohl unterschiedliche Reputationsebenen innerhalb des Unternehmens als auch differierende Reputationen bei jeder Stakeholdergruppe des Unternehmens managen.[18]

Für ein Krankenhaus stellt das Wissen um die Entstehung und Wirkung von Reputation einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil dar. Gesundheitsdienstleistungen zeichnen sich insbesondere durch ihre Vertrauens- bzw. Erfahrungsguteigenschaft aus, da ihre Ergebnisqualität schwer einzuschätzen ist. Somit stellt eine hohe Reputation eines Krankenhauses einen strategischen Wettbewerbsvorteil in dem durch starken Kostendruck geprägten Health-Care-Markt dar.[19]

Ein Krankenhaus besteht in der Regel aus verschiedenen Fachabteilungen bzw. Kliniken oder auch interdisziplinären Zentren, die fachabteilungsübergreifend agieren.[20] Folglich liegt die Vermutung nahe, dass es im Krankenhaus mindestens zwei Reputationsebenen gibt – die Reputation des Krankenhauses als Ganzes und die Reputation jeder einzelnen Fachabteilung, bzw. der einzelnen Zentren.[21] Darüber hinaus lässt sich noch eine weitere mögliche Reputationsebene erkennen – der Chefarzt. Ihm wird in der aktuellen Literatur im Gesundheitssektor eine große Bedeutung für den Krankenhauserfolg zugesprochen. Insbesondere bei der Gewinnung von Patienten sowie niedergelas-

---

[16] Vgl. u.a. Mahon (2002), S. 439; Büschken (1999), S. 10; Shapiro (1983), S. 659. Stakeholder sind alle Individuen oder Gruppierungen, die auf das Unternehmen einwirken oder die von dem Unternehmen beeinflusst werden. Vgl. Helm (2007a), S. 1.

[17] Bromley (2002), S. 36. Andere Autoren gehen soweit, dass sie behaupten, dass jedes Individuum eine andere Reputation bildet. Vgl. Wartick (1992), S. 34.

[18] Vgl. Schultz et al. (2001), S. 28 f.

[19] Der Wettbewerb von Krankenhäusern um Patienten wurde insbesondere durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2002 deutlich verschärft.

[20] Beispiele sind die Zentren für Herz-Kreislauferkrankungen oder Onkologisches Zentrum, die in sich mehrere Fachabteilungen (Chirurgie, Neurologie, Radiologie etc.) vereinen.

[21] Vgl. hierzu auch Kapitel B dieser Arbeit und generell zur Reputation im Krankenhaus auf mehreren Ebenen Zimmer (2010).