

Der erweiterte Kundenbegriff in der Pflege - Konsequenzen für Qualität, Marketing und Kommunikation

Günter Meyer

1. Pflegebedürftige als Kunden: Autonomie und Fürsorge
2. Ambulant betreute Wohngemeinschaften
3. Paternalismus und Autonomie
4. Erweiterter Kundenbegriff
5. Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit
6. Pflegedienste und Marketing
7. Fazit und Ausblick

Literaturverzeichnis

1. Pflegebedürftige als Kunden: Autonomie und Fürsorge

Seit Jahren schon setzt sich bei vielen ambulanten Pflegediensten der Begriff Kunde anstelle von Patient durch. Damit verbunden steht der Anspruch, pflegerische Leistungen als Dienstleistungen anzusehen und unter marktwirtschaftlichen Bedingungen anzubieten. Wenn man diese Entwicklung einmal näher betrachtet, drängt sich die Frage auf, wie sehr diese Veränderung der Terminologie die Veränderungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen spiegelt.

Eine analytische Betrachtung des Begriffes aus der Perspektive der Pflege erlaubt einen Einblick in die sich verändernde Welt der Krankenversorgung und verdeutlicht die Möglichkeiten und Grenzen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Was bedeutet die Kundenorientierung in der ambulanten Pflege?

Spätestens mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 setzte sich ein leistungsbezogenes Finanzierungsmodell durch und löste die pauschalisierte Finanzierung ab. Die Philosophie hinter dem neuen Gedanken war die Schaffung eines Einkaufsmodells für Pflegeleistungen unter marktwirtschaftlichen Bedingungen. Damit verbunden sollte die Autonomie der betroffenen Pflegebedürftigen gestärkt und deren Selbstbestimmungsrecht gefördert werden. Dieses „gesellschaftlich legitimierte Gestaltungsprinzip“¹ sollte die Altenbetreuung modernisieren und die Pflege auf die veränderten „Kundenwünsche“ ausrichten und Antworten geben auf die zunehmende Individualisierung in unserer Gesellschaft. Bedingt durch die Herausforderungen infolge der demographischen Entwicklung spielte auch der Gedanke der ökonomischen Effizienz eine Rolle. Der politische Wille hinter dem Pflegeversicherungsgesetz beabsichtigte einen finanziellen Schutz für Pflegebedürftige zu schaffen, jedoch ohne den Anspruch einer kompletten finanziellen Übernahme. Damit wurde in der Pflege ein Paradigmenwechsel geschaffen. Das Gesundheitssystem war bis dahin geprägt von einem kompletten Versicherungsschutz. Infolge einer Zunahme pflegebedürftiger Menschen, die außerhalb des Krankenkassenschutzes standen und deshalb drohten, in die Sozialhilfe abzurutschen, musste eine neue Form der Absicherung gefunden werden.

Mit dem neu geschaffenen Pflegeversicherungsgesetz wurde eine Art „Teilkaskoversicherung“ geschaffen, die sowohl Schutz als auch Eigenverantwortung festlegte. Der Pflegebedürftige sollte als Kunde individuelle Pflegeleistungen einkaufen können und vom Wettbewerb konkurrierender Pfleg-

¹ Schüller, A.: Das Neue für die Alten. Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt am Main 2000, S. 96.

dienste profitieren. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben definierten die Pflegekassen die einzelnen Leistungskomplexe, die der betroffene Pflegebedürftige von nun an „einkaufen“ konnte. Der Gesetzgeber gab hierfür eine Grundlage vor, wonach der Pflegebedürftige als Kunde gestärkt werden sollte. Im §2 SGB XI wird das Selbstbestimmungsrecht hervorgehoben und im Abs. 2 wie folgt definiert: „Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.“

In diesem Sinne ist der Pflegebedürftige ein Kunde, der, wenn man sich seiner etymologischen Herkunft vergewissert, einen „kundigen“ Empfänger einer Dienstleistung darstellt. Von der althochdeutschen Bedeutung abgeleitet, bedeutete kundo ursprünglich Verkünder oder auch Zeuge und wandelte sich im mittelhochdeutschen dann zum kunde, worunter u. a. Kenntnis und Bekanntschaft verstanden wurde.

Folgerichtig galt: Kunde ist, wer sich kundig gemacht hat, gleichzeitig aber auch, wem man eine Kunde nicht vorenthalten kann². Der Kunde in diesem begrifflichen Verständnis nimmt ein Geschäftsangebot wahr und entscheidet selbst über den Einkauf einer Leistung.

Bezogen auf die Pflegeleistungen kann der betroffene Versicherte gemäß seiner attestierten Pflegebedürftigkeit einzelne Leistungskomplexe einkaufen, die dann – allerdings in vorgegebenen Grenzen – von der Pflegekasse bezahlt werden. Die Stärkung des ethischen Prinzips der Autonomie lässt die Frage aufkommen, ob die Ethik der Fürsorge damit gemindert wird. Ulrich Eibach mischt sich in diese Diskussion mit der Sorge: „Eine Ethik der Autonomie, die nicht eingebettet ist in eine Ethik der Fürsorge und des Lebensschutzes, bietet letztlich umso weniger Schutz für das Leben, je weniger die Menschen in der Lage sind, ihre Interessen selbsttätig geltend zu machen, und überhaupt keinen Schutz, wenn die Fähigkeit zur Durchsetzung eigener Interessen verloren gegangen ist oder nie vorhanden sein wird. Dann wird das Fehlen solcher Freiheit zur Bedrohung des Lebensrechts, denn dann entscheiden die Freiheitsbesitzer über das Lebensrecht und Leben der ‚Freiheitslosen‘. Bei dieser Ethik der Autonomie, die nicht einer Ethik der Fürsorge ein- und untergeordnet ist, handelt es sich also letztlich nur um eine Ethik der Starken, die – wie im Sozialdarwinismus, wenn auch vielleicht mit anderer Begründung – ein Recht der Herrschaft über die schwachen Glieder der Gesellschaft bis hin zu deren Vernichtung postulieren. Und zwar um ihr eigenes Glück zu steigern. Eine solche Ethik ohne Fürsorge ist nur stark in der Ehrfurcht vor dem eigenen Leben, dem eigenen Glück. Sie wird zur Bedrohung des Lebensschutzes und Lebensrechts der Schwächsten“³

2. Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Die Diskussion um die Stärkung der Autonomie bei Beibehaltung der öffentlichen Fürsorge wurde in jüngster Zeit besonders deutlich im Umgang mit ambulant betreuten Wohngemeinschaften geführt. Diese Wohnform wurde vor über zehn Jahren als Alternative zu stationären Versorgungsstrukturen entwickelt, auch mit dem Ziel außerhalb des Korsetts des Heimgesetzes, einen Freiraum für individuelle Wünsche und Kreativitäten zu schaffen. Dem Schutz des Heimgesetzes entflohen man, weil es als Enge und Bevormundung wahrgenommen wurde und keinen Freiraum für ein selbst bestimmtes Leben im Alter und in Demenz bot.

In der Regel leben sechs bis zehn Menschen mit Demenz in einer großen gemeinschaftlichen Wohnung zusammen, wobei jeder Bewohner einen eigenen Mietvertrag und ein eigenes Zimmer besitzt. Es gehört zur Grundphilosophie dieser Wohnidee, dass der Mietvertrag an keine Serviceleistungen und an keinen Pflegevertrag gebunden ist, um damit die Wahlfreiheit und eine weitestgehende Gestaltungsfreiheit gewährleisten zu können. Die Bewohner und ihre Angehörigen bestimmen selbst, von welcher Pflegestation die Versorgung übernommen werden soll. Durch die Trennung von Mietvertrag und

² Schnell, M. W.: Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter. In: Pflege und Gesellschaft 4, Nr. 3, S. 65-68

³ Eibach, U.: Medizinethik und Leidbewältigung. Dargestellt am Beispiel der vorgeburtlichen Diagnostik, in: Evangelische Kommentare 30, 1997, S. 342- 344

Pflegevertrag stellen die Wohngemeinschaften keine Einrichtungen dar. Mit dem Status der eigenen Häuslichkeit haben die betroffenen Menschen alle Rechte und Pflichten, ihr Wohnumfeld selbst zu gestalten. Für die pflegerische Betreuung werden Pflegedienste beauftragt, die eine „rund um die Uhr“-Versorgung sicherstellen müssen. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen der ambulanten Leistungen. Für jeden Bewohner wird ein eigener Pflegebedarf ermittelt und im Pflegevertrag festgelegt. Wohnraum sowie Pflege- und Betreuungsangebot müssen in ambulanten Wohngemeinschaften von unterschiedlichen Anbietern bereitgestellt werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Bewohner weiterhin eine Wahlfreiheit bezüglich der Pflege haben, ohne dass dabei der Wohnstatus gefährdet ist. Im Gegensatz zu stationären Wohngruppen können die Betroffenen, bzw. ihre Angehörigen, den Pflegedienst jederzeit kündigen, ohne dass sie dabei den Wohnstatus aufgeben müssen.

Doch mit der Autonomie entstand ein Freiraum, der es schwarzen Schafen einfach machte, sich ebenfalls zu verbreiten. Daher wird nun von einigen die Einführung einer externen Qualitätskontrolle gefordert. Es stellt sich die Frage, ob damit das Rad nicht zurückgedreht und eine Art Miniheimgesetz geschaffen wird. Die Ambivalenz in der Schaffung von selbst bestimmten Freiräumen besteht darin, dass der Patient als Kunde nicht nur frei und autonom sein darf, sondern dass er es auch sein muss. Mit den ersten negativen Berichten, z.B. Frontal 21-Sendung am 23. Mai 2006, verlor das zunächst hoch gelobte Modell teilweise seine positive Konnotation und stand im Kreuzfeuer einer öffentlichen Diskussion. Sabine Tschainer analysiert den Konflikt als Spannungsfeld zwischen Flexibilität und familiärer Häuslichkeit auf der einen und Verwaltungswesen und/oder bürokratischer Kontrolle auf der anderen Seite.⁴

Die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg schreibt in ihrem Leitfaden zur ambulanten Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften: „Die Aufrechterhaltung der eigenen Selbstständigkeit in Bezug auf Entscheidungen und Handlungen ist für das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität für alle Menschen von zentraler Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird der Selbstvertretung der Mitglieder konzeptionell ein entsprechender Wert zugemessen. Bei Menschen mit Demenz muss selbstverständlich krankheitsbedingt von Einschränkungen in Bezug auf ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenz ausgegangen werden. Die Ausprägungen dieser Kompetenzeinschränkung sind aber je nach Krankheitsstadium und individuellen Bedingungen unterschiedlich ausgeprägt. In der Praxis der Betreuung von Menschen mit Demenz, insbesondere auch in Wohngemeinschaften, zeigt sich, dass diese durchaus eigene Entscheidungen, wenn auch meist auf einem geringen Komplexitätsniveau, treffen können. Es zeigt sich, dass ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenzen förderfähig sind.“⁵

3. Paternalismus und Autonomie

An diesem Beispiel wird der Wertewandel vom Paternalismus zur Betonung der individuellen Autonomie besonders deutlich. Der Wandel unserer Gesellschaft und damit verbunden die zunehmende Individualisierung unserer Lebensstile hat schließlich alle Bereiche unseres Lebens erfasst und somit auch unser Gesundheitswesen.

Während die überlieferte Heilkunst aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert geprägt war von einer vollständigen Fremdbestimmung, setzte sich in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts ein neuer Anspruch auf ganzheitliche Betrachtung und Selbstbestimmung durch. Aus der historischen Betrachtung gesehen ist die älteste Rollendefinition zwischen Professionellen im Gesundheitswesen, die zwischen Arzt und Patient im Sinne eines „benevolenten Paternalismus“⁶. Diese asymmet-

⁴ Tschainer, S., Hörmann, B.: Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern, fachlich-wissenschaftliche Begleitung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern. Zwischenbericht 2005, München 2006, S. 51.

⁵ Alzheimer Gesellschaft Brandenburg (Hrsg.): Ambulante Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften. Leitfaden zur Struktur- und Prozessqualität, 2006, S. 5.

⁶ Vgl. Dierks, M., Siebeneick, S. Rössler, S.: Patient, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten. In: Dierks M. L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A. et al. Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. S. 7

rische Beziehung war charakterisiert von einem Bestreben nach dem Guten. Der Arzt hatte die Entscheidungsmacht und der Patient fügte sich diesen Entscheidungen ganz im etymologischen Sinne des Wortes Patient als erdulder, unmündiger und passiv leidender Kranker.

1948 definierte die WHO Gesundheit denn als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, womit nicht nur das Freisein von Krankheit gemeint war. 1986 revidierte die WHO ihre Definition in der sog. Ottawa-Charta und beschrieb Gesundheit als ein befriedigendes Maß an Funktionsfähigkeit in physischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht und Selbstbetreuungs-fähigkeit bis ins hohe Alter. Damit wurde die Selbstbestimmung zu einem Faktor in der Gesundheit.

Stärker als im deutschsprachigen Raum war im anglo-amerikanischen Raum auch die Pflegewissenschaft an diesem Willenbildungsprozess beteiligt. Das Prinzip der Selbstpflegekompetenz in den Pflege-theorien von Dorothea Orem mag als ein Beispiel hierfür genügen.

Den Wandel in der bundesdeutschen Pflege datieren einige Autoren auf den Beginn der 80er Jahre. Klaus Müller und Ulrike Thielhorn beschreiben diese Entwicklung wie folgt: „Beeinflusst wurde dieser Prozess von den anglo-amerikanischen Pflegetheorien, die patientenorientiert sind und Ausrichtung der Pflegeplanungen an den ganzheitlichen Erfordernissen der zu betreuenden Menschen propagieren. In der Proklamation einer patientenorientierten Pflege ist eine Abgrenzung vom bio-medizinischen Krankheitsverständnis zu sehen. Pflegehandlungen sollen möglichst patienteninitiiert sein und das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Menschen fördern. Hierfür ist es notwendig, die Sicht der Patienten auf ihren Pflegeprozess zu erheben und sie im Rahmen einer gemeinsamen Pflegeplanung umzusetzen. In der Pflege fand diese neue Perspektive Ausdruck in der Formulierung ganzheitlicher Pflegekonzepte, die eine umfassende Betreuung des kranken Menschen sicherstellen sollten.“⁷

Begleitet wurde diese Entwicklung durch die deutsche Rechtssprechung. Aus der juristischen Betrachtungsweise ist jede medizinische Handlung ohne Einwilligung der Patienten eine Körperverletzung, auch wenn sie zur Lebenserhaltung dient. Der Bundesgerichtshof begründet die Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe grundsätzlich mit der Einwilligung des Patienten. Dabei fordern die Richter, dass der Patient über den Verlauf des Eingriffs, seine Erfolgsaussichten, seine Risiken und mögliche Alternativen aufgeklärt werden muss. Nur so könne das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit gewahrt bleiben.

Ob diese Entwicklung bis heute dazu geführt hat, das Autoritätsgefälle zu nivellieren, wird von einigen Autoren hinterfragt. Dabei werden wir in der Literatur mit der These konfrontiert, dass der überwunden geglaubte Paternalismus lediglich einen Formwandel durchlaufen habe und in Form eines Neo-Paternalismus weiter vorherrsche.⁸ Ist der Patient überhaupt in der Lage, autonome Entscheidungen zu treffen? Müssen wir nicht vielmehr davon ausgehen, dass der Patient in hohem Maße durch die ärztlichen und pflegerischen Informationen beeinflusst wird? Besonders in der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege wird die Leistung zwar akzeptiert, ohne jedoch immer wirklich gewünscht zu sein.

In der Psychiatrie muss die Akzeptanz oft erst erarbeitet werden. Denn psychiatrische Erkrankungen gehen immer mit einer Beziehungsstörung einher. Dies bewirkt, dass viele psychisch erkrankte Menschen in großer Isolation leben und nicht mehr in der Lage sind, für sie lebensnotwendige Kontakte zu knüpfen. Deshalb kommt in der psychiatrischen Pflege dem Beziehungsprozess als notwendige Basis und als Methode der psychiatrischen Pflege eine besondere Rolle zu. Versteht man unter Kundenorientierung eine Ausrichtung auf die Wünsche und Erwartungen des Patienten, dann ließe sich psychiatrische Krankenpflege nur noch bedingt umsetzen. Dennoch ist auch die psychiatrische Krankenpflege abhängig von der Compliance, so dass die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 zu dem Ergebnis kommt: „Psychiatrische Pflege muss insofern von der somatischen Pflege unterschieden

⁷ Müller, K., Thielhorn, U.: Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten, Stuttgart, Berlin, Köln 2000, S. 24

⁸ Dierks, M., Siebeneick, S., Rössler, S.: Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten. In: Dierks M.L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A. et al. Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. S. 8

werden, als sie nicht allein bedeutet, bei den Alltagsverrichtungen unmittelbar helfend in den Handlungsbedarf einzugreifen oder ärztlich verordnete abgrenzbare Einzelleistungen wie Medikamentenvergabe oder Verbandswechsel durchzuführen. Sie muss vielmehr bedeuten, dem psychisch Kranken Hilfe zu geben, dass er die Regeln der Sorge des Menschen für sich selbst und des mitmenschlichen Umgangs als Element des eigenen Handlungsrepertoires wahrnimmt und umsetzt ...⁹

Wie ist also umzugehen mit dem Patienten in der Psychiatrie? Verkäufer passen sich den Kunden an, die psychiatrische Pflege lebt aber vom Spannungsverhältnis, in dem eine Akzeptanz immer aufs Neue erarbeitet werden muss.

Die Frage nach einer gleichberechtigten Beteiligung des Patienten an sie betreffenden medizinischen und pflegerischen Entscheidungen wird in der medizinethischen Diskussion mit dem Terminus „informed decision making“ bzw. mit „informed consent“ umschrieben. Analysiert man sämtliche Faktoren für eine Genesung, so lässt sich schnell feststellen, dass professionelle Leistungen nur dann gelingen können, wenn der Kranke oder Pflegebedürftige als „beteiligter Experte“ am Prozess mitwirkt und selbst aktiv mitarbeitet an seiner Prozess- und Ergebnisqualität. Voraussetzung ist eine angemessene Beratung und Schulung von Patienten im Kontext seines biographischen Hintergrundes. Mit dieser Stärkung der Patientensouveränität kann die Grundlage eines vertrauensvollen Verhältnisses geschaffen werden, ohne die bestehende Beziehungsasymmetrie leugnen zu müssen. Patienten werden als bewusste Koproduzenten miteingebunden, damit sie aktiv beteiligt sind an der Wiedererlangung ihrer Gesundheit. Gerade im Umgang mit chronischen Erkrankungen ist die Einbeziehung der Betroffenen von grundlegender Bedeutung. Eine besondere Rolle spielen dabei die Selbsthilfegruppen mit ihrem Anspruch, einen Expertenstatus aus der Betroffenheit zu entwickeln. Sie unterstützen die Compliance und entwickeln eigene Vorstellungen im Umgang mit der Krankheit.

Die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg spricht beispielsweise in ihrem Leitfaden zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften von der Stärkung der Kundensouveränität in der Beziehung zum ambulanten Pflegedienst. In der Bundesrepublik Deutschland wird die Zahl der Selbsthilfegruppen auf über 70.000 geschätzt, in denen ca. 3 Mio. Menschen, Betroffene und Angehörige, organisiert sind. Die positiven Auswirkungen von Selbsthilfegruppen haben längst auch die Krankenkassen erkannt und haben deshalb im Jahr 2000 einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe beschlossen. Neben den finanziellen Förderungen wurden auch Möglichkeiten der immateriellen Unterstützung ausgelotet, um im sächlichen und strukturellen Bereich Hilfe anbieten zu können. Die Spitzenorganisationen waren an der Erarbeitung der Grundsätze unter dem Dach des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes beteiligt. Eine Ursache für den Zulauf zu Selbsthilfegruppen liegt im veränderten Rollenverständnis und dem Wunsch nach aktiver Mitwirkung. Diese aktive Gestaltungsmöglichkeit wird von den Betroffenen durchaus als Wunsch nach Kundenorientierung verstanden. Nicht umsonst verwendet die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg den Begriff Kunde in ihrem Leitfaden und macht damit deutlich, dass der Anspruch auf die Deutungsmacht in der Gesundheit von den Betroffenen selbst erhoben wird.

4. Erweiterter Kundenbegriff

Was bedeutet nun die Metamorphose von Patienten in Kunden für den ambulanten Pflegedienst in seiner alltäglichen Arbeit? Es fällt auf, dass der Begriff Kunde am häufigsten in Beiträgen zu Qualität und Qualitätssicherung verwendet wird. Schaut man in die Richtlinien für die MDK Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege, so wird als Grundlage für ein funktionierendes Qualitätsmanagement der PDCA Zyklus angeführt. Der aus vier Elementen bestehende Kreislauf beschreibt die Verantwortung der Leitung in der Qualitätssicherung vor dem Hintergrund der Kundenorientierung.

⁹ Expertenkommission d. Bundesregierung Psychiatrie 1988

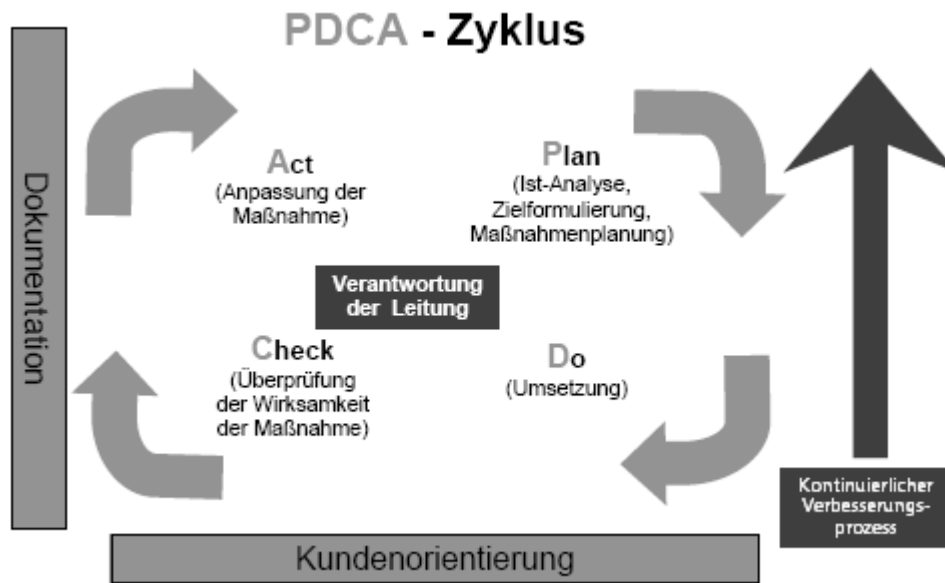
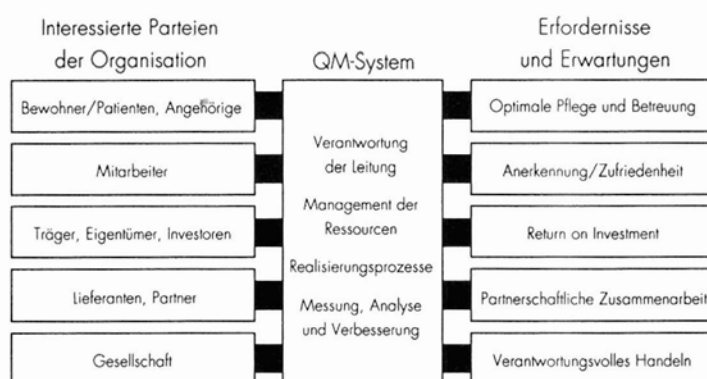


Abb. 1: PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements

Mit der Übernahme des PDAC Zyklus wird der Begriff Kunde vom MDK für das Qualitätsmanagement eingeführt, während ansonsten durchgängig von der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen gesprochen wird. Was bedeutet nun Kunde im Qualitätsmanagement?

Im Sinne des TQM werden als Kunden im weiteren Sinne alle Personen betrachtet, die direkt oder indirekt mit dem Unternehmen verbunden sind – seine Klienten, seine Mitarbeiter, seine Kooperationspartner sowie die interessierte Öffentlichkeit. Gerade in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass ein erweiterter Kundenbegriff notwendig ist und Sinn macht. Oft sind es nicht die betroffenen Pflegebedürftigen, die aktiv einen Pflegedienst suchen und eine Entscheidung für einen bestimmten Pflegedienst treffen, sondern deren Angehörige, Ärzte, Betreuer, Krankenhäuser und Kostenträger. Im Qualitätsmanagement nach ISO 9000 subsumiert man den erweiterten Kundenbegriff unter dem Begriff Partner. Man könnte auch von Anspruchsgruppen oder Stakeholdern sprechen. All diese Partner oder Stakeholder bestimmen durch ihre Interessen, Ansprüche, Vorstellungen und Möglichkeiten, wie die Entscheidungen der Kunden im Pflegebereich getroffen werden. Dies betrifft nicht nur das Qualitätsmanagement, sondern das gesamte Marketing, ja die gesamte Führung von Pflegeeinrichtungen. Diese Überlegungen lassen sich analog auf andere Anbieter im Gesundheitswesen übertragen.



Modell für Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe auf Basis der ISO 9004

Abb. 2: Modell für Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe auf Basis der ISO 9004

Die Zielsetzung einer Kundenorientierung im Rahmen der ISO 9000 besteht in der Anforderung, den Kunden kennen zu lernen, um gezielte Maßnahmen zur Erfüllung der Kundenanforderungen einleiten zu können. Dies wird dadurch erschwert, dass die unterschiedlichen Gruppen im erweiterten Kundenkreis durchaus verschiedene Vorstellungen und Wünsche haben. Obwohl die Patienten, als direkt Betroffene und zu pflegenden natürlich im Mittelpunkt stehen, werden ihre Entscheidungen von den anderen Stakeholdern mit getroffen. Das ist durchaus analog zu der Situation, dass der Bauherr eines Hauses seine Vorstellungen und Wünsche realisieren will, dabei aber entscheidend von Architekten, Kreditgebern, Familienangehörigen, vielen weiteren Stakeholdern sowie technischen, gesetzlichen und weiteren Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Der Bauherr kann nicht autonom als seine Vorstellungen umsetzen. Ein erfolgreicher Bauunternehmer muss mit den Wünschen all dieser „Partner“ im Entscheidungsprozess umgehen.

Dabei ist es notwendig, über den Grad der Kundenzufriedenheit informiert zu sein, auch um vor diesem Hintergrund die eigene Wettbewerbsfähigkeit ständig neu bewerten zu können. Dabei wäre es wichtig, die Zufriedenheit der verschiedenen Beteiligten am Entscheidungsprozess zu ermitteln.

5. Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit

Trotz abweichender Terminologien sind die Überschneidungen hinsichtlich der Vorstellung einer Kundennähe zwischen TQM und ISO sehr groß. In beiden Systemen spielt die Kommunikation als Grundlage für eine Vertrauenskultur eine große Rolle. Die **Wahrnehmung des Kunden** ist für das Unternehmen die Realität. Scheerer führt die Kundengefühle als Tatsachen ein und fordert für das Qualitätsmanagement: „Vielmehr muss dafür gesorgt werden, dass sich der Kunde bei einem Gespräch wohl fühlt, dass er ernst genommen und nicht überfahren wird, kurz, dass sein Selbstwertgefühl nicht verletzt wird. Er muss Vertrauen zu seinem Gesprächspartner und damit zum Unternehmen fassen.“¹⁰

Will man nun im Sinne eines TQM eine Kundenorientierung erreichen, sollten die einzelnen Partner näher analysiert werden. Die Grundphilosophie einer solchen Analyse ist der Aufbau eines **Beziehungsmanagements**, um damit eine Basis für loyale Kunden zu schaffen. Voraussetzung für jede Beziehungsgestaltung ist die Kommunikation, die bezogen auf die Heterogenität der Kunden in der ambulanten Pflege sehr unterschiedlich gestaltet werden muss.

Damit wird deutlich, dass die Kundenorientierung aus dem TQM nicht eins zu eins im Gesundheitswesen übertragbar ist. Wie die Beispiele aus der Psychiatrie gezeigt haben, liegen die Intentionen der Betroffenen oft konträr zu den therapeutischen Absichten. Dennoch geht es in der Kundenorientierung darum, die **Zufriedenheit der Pflegebedürftigen** als ständiges Ziel zu formulieren. Das folgende Beispiel der Concito GmbH macht deutlich, dass die Leitsätze zum kundenorientierten Verhalten durchaus auf die Pflege übertragbar wären und vergleichbar mit dem Kundenbegriff der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg sind. Diese Leitsätze lesen sich wie eine Anweisung für Pflegekräfte in der täglichen Arbeit.¹¹

¹⁰ Scheerer, H.: Kundengefühle sind Tatsachen, in HBM, 2, 1994, S.9

¹¹ Die Leitsätze sind entnommen aus : Malorny, C.: TQM umsetzen, Stuttgart 1999, S 436

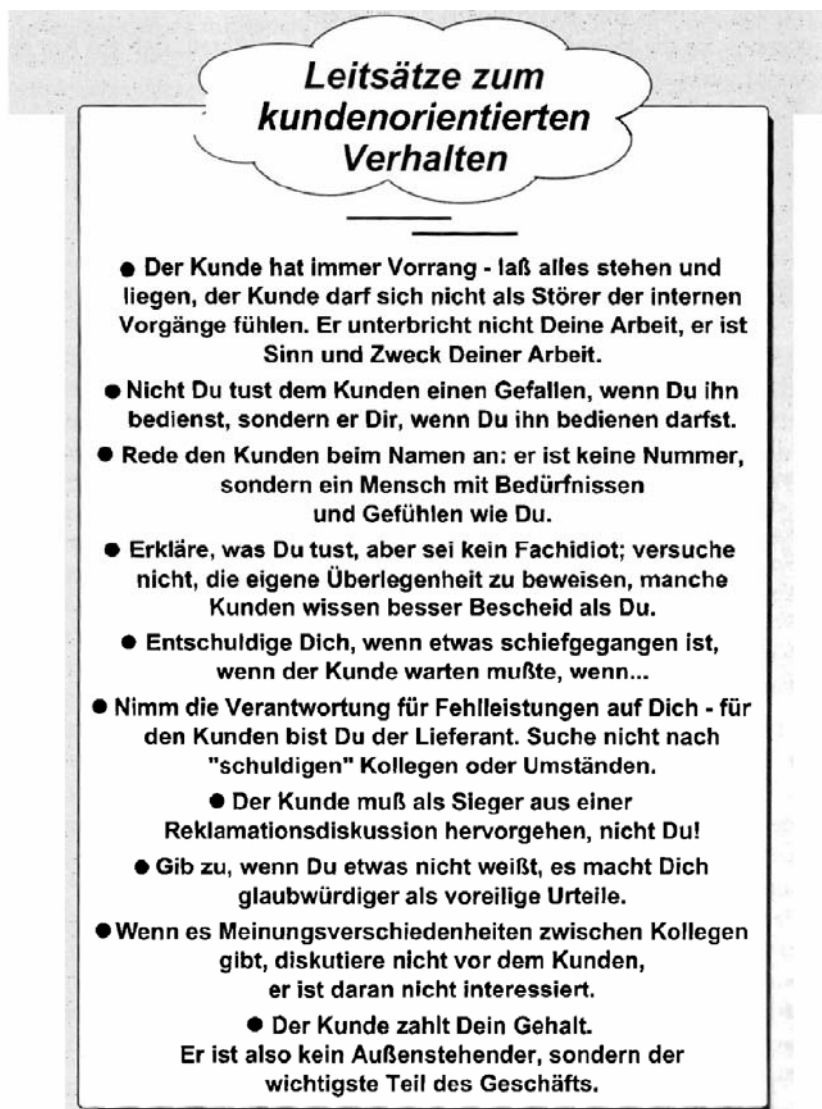


Abb. 3: Leitsätze zum kundenorientierten Verhalten

Im Angesicht dieser Geisteshaltung hat die IKK eine **Patientenbefragung** durchgeführt, wie die Qualität von Pflegekräften aus Kundensicht wahrgenommen wird. Sie beauftragte dafür das Saarbrücker Institut für Sozialforschung, Interviews mit Pflegebedürftigen durchzuführen.

Grundlage der Untersuchung waren 40 Patienten von 4 niedersächsischen Pflegediensten. Die telefonisch durchgeführten Interviews dauerten ca. 45 min und sollten ein objektives Bild der subjektiven Sichtweisen der Pflegekunden wiedergeben¹² Das Institut kam dabei zu dem Ergebnis, dass die Kunden/Patienten sehr klare Vorstellungen über ihre Situation besaßen und darüber, was eine gute Versorgung darstelle. Bezogen auf den Pflegedienst forderten die Betroffenen personelle Kontinuität, Freundlichkeit, Pünktlichkeit und Respekt.

Jedoch entsteht Kundenzufriedenheit nicht einfach im Einhalten dieser Kriterien, sondern sie entsteht in der wahrgenommenen Erfahrung. Hermann Simon und Christian Homburg untermauern diesen Prozess auf der gedanklichen Grundlage von Bateson: „Generell wird Kundenzufriedenheit als das

¹² Siehe Häusliche Pflege, 2, 2001, S. 31

Ergebnis eines komplexen psychischen Vergleichsprozesses verstanden. Der Kunde vergleicht seine wahrgenommenen Erfahrungen nach dem Gebrauch eines Produktes oder einer Dienstleistung, die so genannte Ist-Leistung, mit den Erwartungen, Wünschen, individuellen Normen oder einem anderen Vergleichsstandard vor der Nutzung. Wird diese zugrunde gelegte Soll-Leistung bestätigt oder übertroffen, entsteht, Zufriedenheit beim Kunden. Zufriedenheit wird in diesem Zusammenhang häufig als die emotionale Reaktion auf einen kognitiven Vergleichsprozess angesehen.“¹³

Um Unzufriedenheit wahrzunehmen, sind die Pflegedienste angehalten, ein Beschwerdemanagement zu implementieren. Gemäß den Qualitätskriterien nach § 80 SGB XI prüft der MDK die Regelung im Umgang mit Beschwerden. Das **Beschwerdemanagement** wird als unverzichtbarer Bestandteil eines Qualitätsmanagements verstanden, um in den Einrichtung einen offenen Umgang mit Beschwerden zu ermöglichen. Es soll als ein Instrument verstanden werden, um sich der eigenen Schwachstellen bewusst werden zu können. Die Etablierung eines Beschwerdemanagements wird somit zur Voraussetzung für eine Kundenorientierung in der Pflege.

Worin bestehen die Hauptaufgaben eines gut funktionierenden Beschwerdenmanagements? Am Anfang steht die **Beschwerdestimulation**. Einige Autoren weisen darauf hin, dass sich nur zwischen 10 bis 15% unzufriedener Kunden überhaupt beschweren.¹⁴ Um diesem „Eisbergeffekt“ begegnen zu können, ist es notwendig, aktiv auf den Kunden zuzugehen. Es ist für den Kunden vielfach einfacher, das Produkt zu wechseln als seine Beschwerde zu äußern. In den Untersuchungen der IKK zu Patientenzufriedenheit wurde ebenfalls festgestellt, dass eine signifikante Gruppe bereits mehrere Pflegedienste hinter sich hatte. Auf die aktive Gestaltung des Beschwerdemanagements folgt eine feste Regelung der **Beschwerdeaufnahme**. Diesen Prozess einigermaßen objektiv für den Pflegedienst zu gestalten, bedarf es in der Regel einer längeren Auseinandersetzung. Für die Beschwerdeaufnahme muss zunächst geklärt werden, was grundsätzlich eine Beschwerde darstellt. Es gehört zum Alltag vieler Pflegeanbieter, häufige Anrufe von Menschen mit Demenz aus der täglichen Versorgung entgegen zu nehmen. Aufgrund der kognitiven Einbußen und des fehlenden Kurzzeitgedächtnisses sind die täglichen Einsätze schnell vergessen und führen zu unzufriedenen Anrufen, obwohl die Leistung gut erbracht wurde. Dieses Beispiel mag etwas pointiert verdeutlichen, wie komplex eine Beschwerdedefinition innerhalb der Pflege sein kann. Sind die Grundlagen geklärt, sollte jeder Mitarbeiter in der Lage sein eine Beschwerde entgegenzunehmen. Ein standardisiertes Vorgehen erleichtert ein einheitliches Vorgehen der Beschwerdeaufnahme und eignet sich besser für spätere Auswertungen. Die Beschwerdeaufnahme stellt hohe kommunikative Anforderungen an die Mitarbeiter.

Dem Beschwerdeführer sollte zu jedem Zeitpunkt das Gefühl vermittelt werden, dass man ihm sachlich, interessiert und freundlich begegnet. Auf die Beschwerdeaufnahme folgt die **Beschwerdebearbeitung** mit der Zusicherung einer Rückmeldung innerhalb einer vorgegebenen Frist. Jede Beschwerde sollte aufbewahrt werden, um in einem größeren zeitlichen Zyklus eine Auswertung vornehmen zu können. Damit ist der Kreislauf eines Beschwerdemanagements beschrieben. Hinter dem Gelingen eines Beschwerdemanagements steht die Geisteshaltung der Führungskräfte und Mitarbeiter. Die Pflege ist besonders anfällig, in der Beschwerde einen persönlichen Angriff zu sehen. Analog den Theorien von Seidel und Stauss¹⁵ sollten die Mitarbeiter folgenden **psychologischen Lernprozess** durchmachen:

1. Die Pflegekräfte müssen in der Lage ihre eigenen Fehler einzugestehen.
2. In der alltäglichen Pflegepraxis steht die Analyse der Problemursachen und Problemlösung im Vordergrund und nicht primär die Benennung von Schuldigen.
3. Pflegedienstleitungen sollten Mitarbeiter, denen im Bemühen um eine kundennahe Lösung Fehler unterlaufen sind, zwar korrigieren, nicht aber bestrafen.

¹³ Simon, H., Homburg, C.: Kundenzufriedenheit: Konzepte – Methoden - Erfahrungen. Wiesbaden 1995, S. 31

¹⁴ Malorny, C.: TQM umsetzen. Stuttgart 1999, S.438

¹⁵ Seidel, W., Stauss, B.: Beschwerdemanagement, in: QZ 40, 1995, 8, S. 915.

4. Den Pflegekräften sollten Verantwortung übertragen und Entscheidungsspielräume gewährt werden.
5. Innerhalb des Pflegedienstes sollten vorbildliche Reaktionen auf Kundenbeschwerden ausgezeichnet werden.

Mit dem Beschwerdemanagement fördert der Pflegedienst seine Beziehung zu den Kunden und stärkt damit gleichzeitig die Kundensouveränität. Damit hat er ein Instrument, um Kunden an sich zu binden. Doch um im Wettbewerb bestehen zu können, reicht die Zufriedenheit der bestehenden Kunden nicht aus. Für den Pflegedienst ist es notwendig darüber hinaus Marketingstrategien zu entwickeln, um an neue „Kunden“ zu gelangen.

In diesem Sinne sind die Einrichtungen aufgefordert, ein Marketingkonzept bezogen auf die neue Kundenorientierung zu entwickeln. An dieser Stelle wird die Ökonomisierung des Gesundheitswesens besonders deutlich. Autoren wie Klaus Dörner kritisieren genau diese Entwicklung. In seiner These, „Gesundheit entzieht sich der Bezahlbarkeit“ schreibt er: „Wenn also Dienst an der Gesundheit zum Gegenteil, nämlich zur Dienstleistung und damit zur Ware wird, wenn jede medizinische Einrichtung zur Expansion verurteilt ist und wenn man sich gezwungen sieht, nur gute Kunden möglichst lebenslang zu halten und zu melken, schlechte Kunden aber an die Konkurrenz abzudrücken, muss man sich nicht wundern, wenn schließlich künstliche Bedürfnisse erfunden werden, die man als Wunscherfüllung für den Kunden zu befriedigen verspricht, wenn sachlich nicht notwendige Spezialisierungen entstehen und wenn bereits noch nicht völlig ausgetestete Produkte und Verfahren vermarktet werden. Die unsichtbare Hand des Marktes verurteilt alle Mitspieler im Medizin- und Sozialsystem dazu, sich im zunehmend verzweifelten Lebenskampf auf ihr Eigeninteresse zurückzuziehen...“¹⁶

Dörner vergisst in seiner Kritik die Kehrseite zu beschreiben. Ein Gesundheitswesen, das sich nicht am Kunden und damit am Markt orientiert, führt zu Gleichgültigkeit und Ignoranz. Man schaue nur auf das englische System, um einen Eindruck zu gewinnen, wie wenig hier auf eine individuelle Betreuung Rücksicht genommen wird. Das staatliche Gesundheitssystem in England ist nicht am Markt orientiert und produziert eine große Unzufriedenheit. Lange Wartezeiten, fehlendes Interesse an Differenzialdiagnostik sowie eine oberflächliche Gleichgültigkeit in den Beziehungen zu Arzt und Pflegekräften werden immer wieder als Kritikpunkte angeführt.

6. Pflegedienste und Marketing

Wenn der Pflegedienst im Marketing eine strategische Herausforderung für die Kundenorientierung erkennt, liegt darin auch die große Chance auf die **gewachsene Kundensouveränität** adäquat zu reagieren. Die Alzheimer Gesellschaften mögen hier als Beispiel angeführt werden, indem sie ihre Mitglieder stärken als souveräne Kunden, um unbeeinflusst ihren Pflegedienst wählen zu können. Mit der Hinwendung zu einer Kundenorientierung ist auch die Anspruchshaltung der Pflegebedürftigen gestiegen. Damit wird deutlich, wie wichtig Marketing für Pflegedienste geworden ist, als ein Instrument im Führen des Unternehmens vom Markt her. Marketing verlangt von den Pflegediensten eine strategische Ausrichtung, um eine fehlende Auslastung vorhandener Ressourcen zu verhindern.

Unternehmen entwickeln im gleichen Markt ganz unterschiedliche Strategien. „Ein kundenorientierter Supermarkt achtet z.B. auf ein biologisches Sortiment und ausgezeichnete Produktqualität, ein verkaufsorientierter Konkurrent stellt billige No-Name Produkte auf Holzpaletten zur Abholung bereit und hält aus Kostenüberlegungen den Personalstand sehr gering. Beide Unternehmen können erfolgreich sein. Sie unterscheiden sich jedoch erstens hinsichtlich ihres Systemzustandes, der die Form der Bezugnahmen auf die bzw. Beobachtung der Umwelt determiniert und zweitens in der Art und Weise, wie diese Beobachtungen verarbeitet werden und z.B. in Strukturen, Entscheidungen und Programme eingehen.“¹⁷

¹⁶ Dörner, K.: Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München 2003, S 47

¹⁷ Schüller, A.: Das Neue für die Alten. Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. Europäische Hochschulschriften, Reihe r Volks- und Betriebswissenschaften, Bd. 2575, Wien 1998, S. 99

Damit wird ein Grundkonflikt in der Pflege deutlich, dass man in erster Linie den „kundenorientierten Supermarkt“, nicht aber den „verkauforientierten Anbieter“ von No-Name Produkten haben möchte. Diese Diskussion lässt sich auch in anderen Industriezweigen beobachten, ob der primäre Zweck eines Unternehmens das Erstellen von Gütern oder die Erbringung von Leistungen ist oder das Gewinnen von Kunden. Die Hinwendung zur Kundenorientierung lässt sich einbetten in die historische Entwicklung des Marketings seit dem Zweiten Weltkrieg. Die fünfziger Jahre waren geprägt von einer Produktionsorientierung. Ziel war es, billiger, schneller und effizienter zu produzieren. In den sechziger Jahren richteten sich die Unternehmen mehr nach der Produktkonzeption aus und konzentrierten ihre Anstrengungen auf Innovation und Verbesserung der Produktqualität. Darauf aufbauend entstand in den siebziger Jahren die Verkaufsorientierung. Die Marketingaufgaben bestanden darin, Verkaufsstrategien zu entwickeln. In den achtziger Jahren waren die Märkte geprägt von Sättigungserscheinungen. Um überleben zu können, orientierte sich das Marketing nach dem Markt und dem Kunden. Eine Definition dieses Marketing Konzeptes lieferte Kotler 1982: „ Im wesentlichen bedeutet die Marketing Konzeption eine Kundenorientierung, die, von integriertem Marketing unterstützt, auf die Erzeugung von Kundenzufriedenheit ausgerichtet ist und in ihr den Schlüssel zu Erfüllung der Organisationsziele sieht.“¹⁸ In diesem Sinne muss der Pflegedienst den Markt beobachten und ständig neu bewerten. Für eine positive Hinwendung zum Marketing ist es jedoch notwendig, die bestehende negative Konnotation des Begriffes abzubauen. Immer noch glauben viele Pflegeanbieter, Marketing bestünde nur aus Öffentlichkeitsarbeit und Werbung.¹⁹ Hier ist noch einige Überzeugungsarbeit notwendig.

Um Pflegedienste zukunftsfähig zu gestalten, ist eine strategische Marketing-Ausrichtung auf den sich ständig verändernden Markt notwendig. Damit verbunden müssen neue Leistungen konzipiert, das bestehende Angebot angepasst und die Kommunikationsstrategien verfeinert werden. Die zentrale Orientierungsgröße stellt die Zufriedenheit der Kunden dar. Hierbei wird es für die Pflegeanbieter essentiell, von dem bereits beschriebenen erweiterten Kundenbegriff auszugehen. Das Marketing-Management-Konzept muss ausgelegt werden auf Ärzte, Betreuer, Krankenhäuser und Kostenträger. Nur wenn bezogen auf diese Partner/Kunden Zufriedenheit aufgebaut werden kann, besteht die Chance am Markt zu bestehen. Service und Leistungsangebote sind in diesem Kontext zu begreifen und entsprechend anzupassen. In den DIN ISO 9004 Normen stellt die Beurteilung durch den Kunden das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung dar. Grundlage für die Ermittlung von Kundenzufriedenheit ist die regelmäßige Kontrolle hinsichtlich des Zielerreichungsgrades. Letztendlich ist jeder Anbieter aufgefordert eine eigene Kundenzufriedenheitsforschung zu betreiben.

Die Pflegedienste sind gut beraten, die verschiedenen Partner (Kunden) differenziert zu betrachten und jeweils für die einzelnen Gruppen spezifische Kommunikations- und Marketingstrategien zu entwickeln. Pflegenden Angehörigen, Betreuer, Ärzte, Krankenhäuser und Kostenträger haben sehr unterschiedliche Sichtweisen und Vorstellungen, was Qualität in der Pflege bedeuten soll und kann. Das Informationsbedürfnis der Angehörigen zielt in der Regel auf die qualitativen Voraussetzungen der einzelnen Mitarbeiter und auf mögliche finanzielle Belastungen, die auftreten können. Professionelle Betreuer wünschen dagegen eine funktionierende Sozialarbeit, die gezielte Vorarbeit für notwendige Formalien leisten kann. Ärzte wünschen sich qualifizierte Pflegekräfte als Ansprechpartner, Krankenhäuser und Sozialbehörden dagegen kommunizieren lieber mit Sozialarbeitern. Kostenträger blicken auf die Umsetzung der Qualitätsrichtlinien nach § 80 SGB XI sowie die Einhaltung der vertraglichen Maßstäbe, Krankenhäuser wollen dagegen wissen, ob man ein Überleitungsmanagement nachweisen kann. Diese wenigen Beispiele machen deutlich, welche unterschiedlichen Anforderungen gestellt werden und lassen erahnen, wie unterschiedlich die einzelnen Partner angesprochen werden müssen.

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend, müssen auch die Marketingstrategien analog angepasst werden. Die Flyer beispielsweise für Angehörige sollten dabei andere Informationen in den Vordergrund stellen als die Informationsbroschüren für Ärzte und Betreuer. Damit adäquat auf den jeweiligen Informationsbedarf und das Kommunikationsverhalten reagiert werden kann, sollten auch die Medien näher

¹⁸ Kotler, P.: Marketing Management. 4. Auflage. Stuttgart, 1982, S. 33

¹⁹ Sehlbach, O.: Marketing und Öffentlichkeitsarbeit. Kundenorientierung als strategische Herausforderung für ambulante Dienste. In: Häusliche Pflege, 7, 1996

analysiert werden, um hier eine gezielte Strategie aufbauen zu können. Dabei spielt das Internet eine zunehmend wichtigere Rolle. Hier lässt sich vor allem bei den pflegenden Angehörigen eine zunehmende Nutzung feststellen, während Ärzte noch stärker konventionelle Wege bevorzugen. Wünschenswert für die Zukunft wäre es, diese Erfahrungen aus der Praxis einmal wissenschaftlich evaluieren zu lassen.

Für die Pflegedienste besteht die Herausforderung, den kundenrelevanten Mehrwert durch gezielte Ansprache zu erreichen. Im Total Quality Management spricht man auch der Aura eines Produktes, die dessen immateriellen Mehrwert bestimmt. Über diese Aura lässt sich eine besondere Kundenbindung aufbauen. Das setzt einen regelmäßigen Austausch zwischen Kunden und Unternehmen voraus. In der ambulanten Pflege muss dieser Austausch an den Alltagsbedingungen und praktischen Anforderungen der unterschiedlichen Partner angepasst werden. Nur so hat der Pflegedienst eine Chance, den Kunden zu einem Partner des Unternehmens zu machen.

Die Unternehmenspolitik sollte die Mitarbeiter gezielt für die Kundenbindung nutzen und die jeweiligen Mitarbeiterstrukturen für das Unternehmen gezielt einsetzen. Eine mögliche Herangehensweise könnte ein interdisziplinäres Kundenteam sein, zuständig für eine effiziente und gezielte Koordination der unterschiedlichen Kommunikationsanforderungen. Besonders im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Kunden und deren Angehörigen ist ein interdisziplinäres Team hilfreich. Da die Angehörigen häufig überfordert sind und sich nicht am aktivierenden Pflegeprozess beteiligen können, ist es wichtig, ihnen im Sinne der ganzheitlichen Betrachtungsweise und Versorgung beratend zur Seite zu stehen und eine langsame Annäherung an die jeweilig Pflegesituation zu ermöglichen. Diese vorrangig von Pflegefachkräften durchgeführte Aufgabe bedarf einer zusätzlichen Unterstützung in der Beratung durch die Sozialarbeiter.

Für viele Betroffenen ist der Pflegedienst, neben dem niedergelassenen Arzt, eine erste Anlaufstelle, um ihre Sorgen und Anliegen besprechen zu können. Dabei fungieren die Sozialstationen als Lotsen in dem undurchschaubaren System von Hilfeleistungen. Im Idealfall übernehmen ausgebildete Case Manager die Funktion des Lotsen und ermöglichen eine individuell am Bedarf orientierte Beratung. Die Pflege und psychosoziale Betreuung beinhaltet die Einbeziehung aller Ressourcen und Selbsthilfestrategien der Betroffenen und deren regionale Einbindung mit allen komplementären Angeboten. Eine wichtige Schnittstelle zu diesen komplementären Angeboten wird in den örtlichen Gremien und Verbänden geschaffen. Hier wirken alle Beteiligten zusammen, ob Sozialdienste, Krankenhäuser, Heime, Tagesstätten, Selbsthilfegruppen oder ehrenamtliche Dienste. In Berlin beispielsweise existieren in allen Bezirken geriatrisch-gerontopsychiatrische Verbände, um eine verbindliche Zusammenarbeit mit festen Qualitätsregeln zu ermöglichen.

Neben dem inhaltlichen Anspruch einer effektiven Zusammenarbeit, zählt die aktive Gremienarbeit aber auch zu den elementaren Marketingstrategien eines Pflegedienstes. Vergleichbar einer griechischen Agora präsentiert sich das Unternehmen hier einer für es relevanten Öffentlichkeit. Mit der Präsentation eines interdisziplinären Teams werden die Grundlagen für eine positive Öffentlichkeitsarbeit geschaffen. Die Wirkung dieser aktiven Mitarbeit ist nicht zu unterschätzen. Hier lassen sich Akzeptanz und Vertrauen aufbauen, als Voraussetzung für jede Zusammenarbeit mit Partnern und Kunden. Ein weiterer Faktor wird in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen und damit obligatorischer Bestandteil jeglicher Marketingstrategie, der Nachweis regelmäßiger externer Qualitätsüberprüfungen und die Offenlegung der Ergebnisse. Diese Forderung nach Transparenz wird man nur offensiv und nicht defensiv beantworten dürfen. Pflegedienste müssen sich an den Gedanken gewöhnen, dass Akzeptanz und Vertrauen nur noch durch eine radikale Transparenz erreicht werden kann.

Neben diesen Marketingstrategien, die sich nach außen richten, ist das Unternehmen gut beraten gleichzeitig eine strategische Ausrichtung nach innen zu entwickeln, als **internes Marketing**, um Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten. Als ein Instrument hierfür gewinnt das **Empowerment** immer mehr an Bedeutung. Die Philosophie hinter dieser Terminologie besteht aus einer Stärkung der Mitarbeiterkompetenzen. Aufbauend auf eine gezielte Weiterbildung sollen die Mitarbeiter mehr Verantwortung übernehmen und größere Autonomien erfahren in Bezug auf ihr Handeln. Damit werden Mitarbeiter in die Lage versetzt, direkter und unmittelbarer auf Kundenwünsche reagieren zu können.

Durch die Gründung sog. Empowerment-Zirkel lassen sich fachübergreifende Teams aufbauen, die mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet werden. Auf diese Art und Weise partizipieren Mitarbeiter

an betrieblichen Entscheidungen und sind beteiligt an unternehmerischen Gestaltungen. Die Fähigkeiten der Mitarbeiter zu fördern und auch in Anspruch zu nehmen, soll die Motivation innerhalb der Belegschaft fördern. Das Instrument eignet sich gut, um innerhalb des Pflegedienstes Teams zu bilden, die z.B. kollektiv Einsparungsmodelle kreieren und umsetzen, effiziente Prozesse beschreiben und neue Qualitätsziele festlegen. Nach Norbert Herriger eignet sich Empowerment auch als methodisches Instrument für die soziale und pflegerische Arbeit. Während die meisten Pflegeplanungen auf ein Defizitmodell aufgebaut sind, versucht Empowerment die Autonomie zu stärken. Es ist eine Abkehr von einem defizitären Blick durch eine Hinwendung auf die Stärken und Fähigkeiten. Damit schließt sich mit Empowerment der Kreis, durch die Hinwendung zum Patienten/Kunden mit dem Anspruch die Souveränität zu stärken, indem die Fähigkeit zu Selbstverantwortung gefördert wird.

7. Fazit und Ausblick

Der Kunde in der Pflege muss also aus ganz unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Hinter dem terminologischen Wandel steckt die Veränderung des Gesundheitswesens und damit auch ein Anspruch an die Pflege. Der Kundenbegriff mag immer noch ein Reizwort in vielen Debatten sein, aber er hilft gleichzeitig, vom Helfersyndrom in der Pflege loszukommen, denn Pflege-Mitarbeiter neigen immer noch dazu, ihr Fürsorgeprinzip über zu bewerten.

Allerdings greift die ausschließliche Konzentration auf die betroffenen Patienten als Kunden zu kurz. Am Entscheidungsprozess für den „Einkauf“ von Pflegeleistungen sind eine ganze Reihe von weiteren Personen und Institutionen beteiligt. Dazu gehören wesentliche professionellen Entscheidungsbeflüßer, z.B. Ärzte, Therapeuten, aber auch unprofessionelle Entscheidungsbeflüßer, z.B. Angehörige, Freunde und Mitpatienten. Schließlich gehören institutionelle Einflussnehmer dazu, wie Kostenträger/Krankenversicherungen, Krankenhäuser. Und es gehören Entscheidungsbeflüßer dazu die Patientenorganisationen, Betroffenengruppen. Hier ist noch an einer weiteren Begriffsklärung zu arbeiten. Dabei kann auf die begrifflichen Vorarbeiten aus dem Qualitätsmanagement sowie aus der Entscheidungstheorie zurückgegriffen werden. Für das Pflegeunternehmen entscheidend sind die Mitarbeiter, denen ein eigener Marketingteil, das interne Marketing, zu widmen ist.

Diese unterschiedlichen Gruppen erfordern auch eine unterschiedliche Kommunikation. Das betrifft die Inhalte der Kommunikation, den Kommunikationsstil und die Ziele der Kommunikation. Hier tut sich ein neues Arbeitsgebiet für das Marketing im Gesundheitswesen auf.

In der ethischen Herausforderung steht auf der gleichen Höhe wie das Fürsorgeprinzip das Prinzip der Autonomie. Da die Ethik keine Hierarchien kennt, sind beide Prinzipien gleichberechtigt zu sehen. In der alltäglichen Arbeit müssen die Gewichtungen immer wieder neu ausgelotet werden. Besonders in der Psychiatrie erfordert die Beachtung beider ethischen Grundsätze ein Höchstmaß an Sensibilität. Doch mit dem Begriff Empowerment, das sich vereinbaren lässt mit dem dialogischen Modell in der Psychiatrie, ist eine Grundlage geschaffen worden, das Selbstbestimmungsrecht des „Kunden“ zu achten, ohne den eigenen Fürsorgeauftrag aufzugeben.

Literaturverzeichnis

Alzheimer Gesellschaft Brandenburg, Hrsg. (2006): Ambulante Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften. Leitfaden zur Struktur- und Prozessqualität

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Hrsg. (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch psychosomatischen Bereich. Bonn

- Dierks, M. L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S. und Schwartz, F. W. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg
- Dierks, M., Siebeneick, S., Rössler, S. (2001): Patient, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten. In: Dierks M. L., Bitzer, E. M., Lerch, M., Martin, S., Röseler S., Schienkiewitz, A. et al.: Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001
- Dörner, K. (2003) Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. München: Econ Verlag
- Eibach, U. (1997) Medizinethik und Leidbewältigung. Dargestellt am Beispiel der vorgeburtlichen Diagnostik. In *Evangelische Kommentare* 30, 342- 344
- Kotler, P. (1982): Marketing Management. 4. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Malorny, C. (1999): TQM umsetzen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Müller, K., Thielhorn, U. (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer GmbH
- Scheerer, H. (1994): Kundengefühle sind Tatsachen. In: Harvard Manager; 16. Jg., Nr. 2, xxx - xxx
- Schnell, M. W. (1999) Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter. In: Pflege und Gesellschaft 4, Nr. 3, S. 65-68
- Schüller, A. (2000) Das Neue für die Alten. Eine Untersuchung moderner Organisationsformen in der Altenbetreuung. In: Europäische Hochschulschriften. Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft 2575 (zugl. Diss. Wirtschaftsuniversität Wien 1998)
- Sehlbach, O. (1996) Marketing und Öffentlichkeitsarbeit. Kundenorientierung als strategische Herausforderung für ambulante Dienste. In: *Häusliche Pflege*, 7, xxx - xxx
- Seidel, W., Stauss, B. (1995) Beschwerdemanagement. Personalpolitische Konsequenzen für DLU. In: *Qualität und Zuverlässigkeit: QZ; Qualitätsmanagement in Industrie und DL*, Band 40, Heft 8, S. 915 - xxx
- Simon, H., Homburg, C. (1995) Kundenzufriedenheit: Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Wiesbaden: Gabler Verlag
- Tschainer, S., Hörmann, B. (2006) Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern, fachlich-wissenschaftliche Begleitung im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern. München