

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. (emer.) **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen. Supervision ISSN 2511-2740.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 08/2018

„Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differentiellen Kundenbegriff“

Hilarion G. Petzold

unter Mitarbeit von *Christa Petzold*, Essen, und *Francisca Veal*

(*Rodriguez-Petzold*), London *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>. Aus: *Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F.* (1996): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem "differentiellen Kundenbegriff". Düsseldorf: Fritz Perls Institut. *Erw. Gruppendynamik* 2 (1998) 207-230, und in: *Petzold* (1998a) 395-431. Hier aus: *Petzold, H. G.* (2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS, S. 321-349.

Zusammenfassung: Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem "differenziellen Kundenbegriff" (Petzold et al. 1996)

Der Begriff des „Kunden“ wird kritisch unter die Lupe genommen und es wird gezeigt, dass er im klinischen und im psychosozialen Bereich und in der systemischen Therapie oft aus soziologischer und juristischer Sicht unzutreffend verwendet wird. Patienten und Patientinnen im Krankenhaus zum Beispiel sind „Leistungsberechtigte“ und keine Kunden. Ein differenzieller Kundenbegriff wird notwendig, der keine kognitiven Dissonanzen erzeugt und die rechtlichen Realitäten abbildet. Literatur in *Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS.*

Schlüsselwörter: Kunde, Klient/Patient, sozialer Status, Integrative Supervision

Summary: Customer Orientation in Psychosocial Institutions and Organizations - Critical Reflections on a New Fashion and "Differential Client Concept" (Petzold et al., 1996)

The term "client" is critically scrutinized and shown to be used inaccurate sociologically and legally in clinical, and psychosocial contexts and in systemic therapy. Patients in the hospital, for example, are "beneficiaries" and not customers. A „differential customer concept“ becomes necessary, which does not create cognitive dissonances and reflects the legal realities. Literature in *Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS.*

Keywords: Customer, Client / Patient, Social Status, Integrative Supervision

„Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differentiellen Kundenbegriff“

Hilarion G. Petzold

unter Mitarbeit von Christa Petzold, Essen, und Francisca Veal (Rodriguez-Petzold), London

Supervision und Organisationsentwicklung können als Formen „angewandter Sozialwissenschaft“, als Anwendung von Sozialpsychologie und Soziologie betrachtet werden. Diese Wissenschaften bieten mit ihren Theorien und Forschungen Möglichkeiten für Supervisoren und Organisationsberater, soziale Veränderungen, institutionelle Probleme, neue Fragestellungen in psychosozialen Feldern zu analysieren und zu reflektieren, um auf solcher Grundlage theoretisch fundierte Handlungskonzepte und Interventionsstrategien zu entwickeln oder vorfindliche Praxen und Konzepte kritisch zu durchleuchten. Der vorliegende Beitrag versucht dies *exemplarisch*. Er entstand aus der Konfrontation mit einer neuen Mode im psychosozialen Praxisfeld, der Zauberformel der „Kundenorientierung“.

Wir haben uns nicht verzaubern lassen, sondern aus der Sicht sozialwissenschaftlich orientierter Supervisoren erst einmal gefragt: Ist dieses Konzept theoretisch und praxeologisch konsistent? Was sind die Ursachen hinter seiner plötzlichen Popularität? Was werden die Folgen sein? Was ist sinnvoll an einem solchen Konzept, was nicht, wie könnte es sinnvoll sein oder werden – für welche Kontexte und vor allen Dingen für welche Kunden (*Ogger 1998*)?

Viele Konzepte im psychosozialen Feld – besonders die modischen –, z.B. Leitbild, Corporate Identity, Ressourcen, Teamwork, Lernende Organisation, Qualitätssicherung, müssten sorgfältig von Supervisoren reflektiert werden, bevor sie derartige Begriffe und Konzeptionen in ihr Ideen- und Handlungsrepertoire übernehmen oder sie als Gegebenheiten des Praxisfeldes in ihre Arbeit einbeziehen – wo notwendig kritisch und strittig. Unsere Arbeit will am Konzept der „Kundenorientierung“ zeigen, dass sich solche Reflexionen lohnen, ja unerlässlich sind, will man nicht auf einer modischen Welle mitschwimmen, die für bestimmte Bereiche psychosozialer Arbeit dysfunktional ist und schlechte Ideologie transportiert, wo differenzierende Überlegungen notwendig werden. Man könnte ja sagen: „Kundenorientierung, das ist eine Ansichtssache!“ Wir sagen: „Dann müsste sie doch zumindest kritisch diskutiert sein!“ Leider haben wir in der gesamten Literatur des supervisorischen Feldes, in dem der Kundenbegriff derzeit Konjunktur hat, eine solche kritische Diskussion vermisst. Deshalb sei sie hier begonnen.

1. Kundenorientierung, Kundenideologien, Wirtschaftlichkeit

Derzeit wird in der BRD versucht – in Verkenning der strukturellen Situation der Gesellschaft als Solidargemeinschaft oder in der gezielten Absicht, dies zu verändern –, viele *Institutionen* der Hilfeleistung wie *Organisationen* der freien Wirtschaft zu behandeln (z.B. im Krankenhauswesen oder im Alten- und Pflegebereich), allerdings halbherzig, weil man ihnen zwar Selbsterhaltungsaufgaben auferlegt (etwa wie bei Unternehmen im freien Markt), aber so viele Vorschriften und institutionelle Kontrollen aufrechterhält, dass sich eine Organisationsdynamik, die nach dem Wettbewerbsmodell darauf gerichtet ist, sich mit anderen Organisationen im Wettbewerb zu erhalten, letztlich nicht entfalten kann. Die Pflegeversicherung im Altenpflegebereich ist ein gutes Beispiel für eine derartige inkonsequente Konzipierung. Der Gesetzgeber intendiert, dass „... neuen innovativen Leistungsanbietern der Zugang zum ‚Pflegemarkt‘ offengehalten und so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert wird“. Weiterhin haben „die Pflegebedürftigen an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern“ (§ 6 SGB XI.2). Die „Eigenverantwortung“, Überschrift zu diesem Paragraphen, wird großgeschrieben, Prävention und Rehabilitation werden betont. Selbstbestimmtheit ist das Motto. „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wieder zu erneuern oder zu erhalten“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Klare Vorgaben also an die Institutionen der Pflege, nämlich die Verpflichtung zur Qualitätssicherung (§ 80 SGB XI). „Dabei darf man nicht die Augen davor verschließen, dass Qualität ihren Preis hat“ (Herweck 1995, 12), aber da hapert es. Denn die Belegung der Konkurrenz zielt auf niedrigere Pflegesätze. Da aber eine Ausgrenzung psychischer und sozialkommunikativer Hilfen aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung erfolgte – trotz der zitierten humanen Zielsetzungen –, wird dieser Bereich der „Gratisdreingaben“, die der Gesetzgeber den Leistungserbringern abverlangt, der erste sein, bei dem eingespart werden wird, um „am Markt zu bleiben“ im Konkurrenzkampf, handelt es sich bei Gesprächen, Kommunikation, Trost, Beratung doch um keine „Pflichtleistungen“, die damit auch aus den Kontrollen herauszufallen drohen. Die *Pflegebedürftigkeit* wird gesichert, die *Betreuungswürdigkeit* nicht – bei aller Rede von einem Leben, „das der Würde des Menschen entspricht“ (§ 2 Abs. 1 SGB XI). So steht ein Qualitätsanspruch auf der einen Seite engen Abrechnungsgrenzen auf der anderen Seite gegenüber. „Um der Gefahr einer Vereinsamung entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden“ (§ 28,4). Aber: „Bei der Festlegung des zeitlichen Hilfe- bzw. Pflegebedarfs dürfen ... Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation ... nicht berücksichtigt werden“ (Merksatz 5 zu den Pflegerichtlinien, Nov. 1994). Kundenorientierung in der Tat! Von den „drei Z“: Zeit, Zuwendung, Zugehörigkeit ist hier nicht die Rede. Aber: „Geld kann nicht pflegen“ (Schmetz 1995, 22). Die Ziele sind als institutionelle Vorgaben hoch gesteckt. Man will „auf eine neue Kultur“ des Helfens und der menschlichen Zuwendung hin[wirken]“ (§ 8, 1 und 2). Die organisationelle Abwicklung aber soll den „Gesetzen des Marktes“ folgen, eines noch teilinstitutionalisierten Marktes, eines sich zunehmend privatisierenden Marktes, in dem monatlich weit über eine halbe Milliarde Mark in private Hände fließt (N. Blüm, Bundespflegeausschuss, März 1995). Pflegeeinrichtungen als ein neues „Renditeobjekt“ privat-wirtschaftlichen Unternehmertums mit der erstklassigen Qualität „deutscher Wertarbeit“? Wohl kaum, wenn man das Finanzierungssystem des Geset-

zes mit der „Budgetierung“ sieht: „Nicht die Beiträge folgen den Aufgaben, sondern die Aufgaben folgen den festgesetzten Beiträgen“ (N. Blüm 1994).

Die Einsparstellen sind vorgegeben: bei der humanen Pflege. Die Fachleute protestieren – zu Recht (*Pflege aktuell*, 4, 1995, 7; *Häusliche Pflege* 3/1995). Und wer verfügt über die „gedeckelten Ressourcen“? Die Anbieter? Die Kunden? „Die Pflegeversicherung macht tendenziell aus den bislang nur Bedürftigen, aus den Abhängigen einen Auftraggeber, aus dem Versorgten einen Verbraucher, aus dem Patienten einen Kunden“ (Schmetz 1995, 126). Tut sie das wirklich? Das Herbeizitieren von DIN ISO 9004-2 reicht hier wohl nicht, denn es ist zu fragen: Ist der Kontext geeignet, um „Kundenschnittstellen“ zu implementieren? (*Häusliche Pflege* 12, 1994, 787ff). Sind die *Institutionen* dafür ausgelegt, wie verkaufsorientierte und auf Wertschöpfung zentrierte *Organisationen* der freien Wirtschaft zu arbeiten? Hier erscheint es uns sinnvoll, die Begriffe Organisation und Institution konzeptuell zu reflektieren.

2. Exkurs: Institution/Organisation – eine sinnvolle Differenzierung

In der Literatur zur Sozialarbeit, Soziotherapie, Supervision und Pflegewissenschaft werden die Begriffe und Konzepte „*Organisation*“ und „*Institution*“ in der Regel nicht differenzierend verwandt, obgleich sich für eine solche Differenzierung durchaus gute Gründe finden lassen und sie auch gewichtige praxeologische Konsequenzen haben würde. Es ist keineswegs gleichbedeutend, ob man als Krankenhaussozialarbeiter in den „Städtischen Krankenanstalten“ oder als Betriebssozialarbeiter einer großen Firma tätig ist, sich als Supervisor in der Arbeit in und mit sozialen Einrichtungen als „Organisationsentwickler“ (Fatzler/Eck 1990) oder als „Institutionsberater“ (Fürstenau 1979) versteht und in diesem Tun entweder Patientenarbeit qualitativ abzusichern sucht oder Klientenarbeit unterstützend berät oder Kundenbetreuung mit dem Ziel der Umsatzsteigerung optimiert. Organisations- und Institutionskonzepte und ihre gesellschaftstheoretische Verortung werden deshalb von großer Bedeutung für die sozialinterventive, z.B. soziotherapeutische oder supervisorische Praxis sein. Eine Auseinandersetzung mit soziologischen Institutionstheorien (Schüle 1987) findet sich ohnehin in der supervisorischen Theoriediskussion nicht und in der sozialarbeiterischen und pflegewissenschaftlichen kaum, obgleich ein großer Teil praktischer psychosozialer und supervisorischer Arbeit in *Institutionen* stattfindet. Die kulturalanthropologischen oder struktural-funktionalen Theorien der Soziologie (Durkheim 1902, 22; Parsons 1951, 39; Gehlen 1961) haben einen sehr weitgefassten Institutionsbegriff erarbeitet, dessen Verständnis für die Definition des eigenen Tuns im institutionellen Rahmen für die helfenden Berufe, das Personal in der Pflege und für Supervisoren von grundlegender Bedeutung ist.

„*Institution nennen wir die jeweils kulturell geltende, einen Sinnzusammenhang bildende, durch Sitte und Recht öffentlich generierte Ordnungsgestalt, in der sich das Zusammenleben von Menschen darbietet*“ („Wörterbuch der Soziologie“, Bernsdorf 1972, 371f).

Durch gesellschaftliche **Institutionen** wird das Geflecht der sozialen Beziehungen, werden Austausch, Transaktionen und Rollen geregelt – man spricht hier vom „*relationalen Aspekt*“ der Institution –, weiterhin erfolgt durch sie die Zuweisung von Machtpositionen und sozialer Gratifikation – man spricht hier vom „*regulativen Aspekt*“ der Institution –, schließlich erfolgen durch Institutionen mit ihren symbolischen Ausdrucksformen sinngebende Momente – man spricht vom „*kulturellen Aspekt*“. Zu diesen Differenzierungen (Parsons 1954, 230f) wurde noch die Bedeutung der Institution in ihrer *Kontrollfunktion* herausgearbeitet – durch In-

stitutionen wird soziale Kontrolle ausgeübt – und ihre Funktion der *Identitätszuweisung*. Institutionen weisen *Status, Rollen, Funktionen* zu, wesentliche Momente der Identität also (Berger/Luckmann 1970), z.B. den *Status* des Arztes oder den *Status* des Patienten. Damit wiederum sind Machtmomente (Claessens 1970) gegeben, von der Gesellschaft durch Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen „distribuierte Macht“ (Orth/Petzold/Sieper 1995), die verteilt wird, um soziale Bezüge zu regeln, gesellschaftliche Regeln und Normen durchzusetzen und gesellschaftliche Güter zu verteilen sowie Arbeit zu leisten, die für ein optimales Funktionieren des Gesellschaftsgefüges notwendig ist. Institutionen, Gehlen (1961) hat dies herausgearbeitet, haben damit für die Gesellschaft und für den einzelnen eine Entlastungsfunktion. Sie gewährleisten Sicherheit und Vertrauen (Luhmann 1978; 1988; Grant 1977) und können deshalb soziale Komplexität reduzieren, wobei „das Gesamtsystem mit seinen normativen Setzungen mit den Institutionen in einem Prozess dialektischer Relationalität steht: Es unterhält sie und wird zugleich von ihnen getragen, es formt sie und wird von ihnen geformt, und das auf verschiedenen Ebenen und mit unterschiedlichen Zielsetzungen“ (Petzold 1968a, 1).

Für die supervisorische und sozialinterventive Praxis ist es sinnvoll, vor diesem Hintergrund den Institutionsbegriff enger zu fassen und ihn wie folgt zu definieren:

„Der Begriff *Institution* wird als zusammenfassende Bezeichnung für öffentliche und private Einrichtungen verwendet, die durch ‚gesellschaftlichen Beschluss‘, d.h. durch Gesetze, Verordnungen, Erlasse installiert und unterhalten werden (z.B. Behörden, Verwaltungen, Hilfsagenturen, Kammern, Körperschaften öffentlichen Rechts), um gesellschaftliche Arbeit im Sinne einer Entlastung und zum Nutzen des Gesamtsystems zu leisten, dies unter gesellschaftlich verfügbaren Regelungen, die das Vorgehen und die Arbeitsweise der Institution, d.h. auch ihre organisationalen Aspekte normativ bestimmen“ (ibid.).

„Wenn auch die Institutionen uns in gewisser Weise schematisieren, wenn sie mit unserem Verhalten auch unser Denken und Fühlen durchprägen und typisch machen, so zieht man doch gerade daraus die Energiereserven, um innerhalb seiner Umstände die Einmaligkeit darzustellen ...“ (Gehlen 1961, 72).

Im Unterschied zum *Institutionsbegriff* definieren wir *Organisation*:

„*Organisationen* sind Systeme von Personen, Gruppen und Sozialgebilden, die arbeitsteilig in zeitüberdauernden Rahmenbedingungen und Kooperationsformen systematisch auf die Erreichung von Zielen hinarbeiten, die sich aus der System-Umfeld-Relation der Organisation ergeben, wobei das ultimative Ziel einer Organisation darin besteht, sich in ihrer Umwelt zu erhalten. Zu diesem Zweck werden für diese Dienstleistungen oder Güter hergestellt und unter Wahrung größtmöglicher Freiheitsgrade gegenüber den Determinierungen und Kontrollen der Gesellschaft gewinnoptimierend vertrieben. Die in all diesen Prozessen erforderlichen und ablaufenden Aktivitäten des ‚Organisierens‘ konstituieren in ihrer Gesamtheit das Wesen der Organisation“ (Petzold 1968a, 72).

Im Unterschied zu Organisationen, deren ultimatives Ziel es ist, sich selbst zu erhalten, und die deshalb auch eine entsprechende Dynamik entfalten und Effizienz beweisen müssen, werden Institutionen durch den *Konsens der Gesellschaft* erhalten und definiert, ganz gleich, ob sie effizient sind oder nicht. Krankenhäuser, die im Bedarfsplan sind, müssen heute zwar auch wirtschaftlicher arbeiten, und man versucht die Prinzipien der Marktwirtschaft einzuführen (wenn auch sehr gemäßigt), doch prinzipiell ist ein Krankenhaus eine für einen Einzugsbereich mit einer bestimmten Einwohnerzahl per Gesetz eingerichtete, medizinische Institution,

die zu erhalten und zu unterhalten der Staat verpflichtet ist. Ähnlich steht es mit Beratungsstellen, Gefängnissen, Pflegeheimen, Fachkrankenhäusern etc.

Körperschaften öffentlichen Rechts sind *Institutionen* (in Deutschland z.B. die Kirchen, das Deutsche Rote Kreuz), natürlich sind auch alle Behörden, die Gerichte, die Bundesbahn etc. Institutionen. Selbstverständlich haben *Institutionen* auch einen *Organisationsaspekt*, denn in ihnen laufen natürlich „*Prozesse des Organisierens*“ ab. Aber die institutionelle Basis ist so statisch und fest strukturiert, dass organisatorische Erfordernisse in der Regel den institutionellen Zielen und der Bestimmtheit der Arbeit nachgeordnet sind. Maßgeblich ist der „Dienstweg“, d.h. dass es hierarchische Strukturen gibt mit den entsprechenden Statusträgern, vielfach im *Status (Linton)* des Beamten. Bei Organisationen hat man *Positionen (Merton)*, die vom Leistungsprinzip her bestimmt sind und nicht allein vom „richtigen“ *Status*. Weil Institutionen rechtlich verfasst sind und der jeweilige Status von Amtsinhabern gesetzlich geregelt ist, wären institutionelle Veränderungen oftmals mit Abänderungen der geltenden Gesetze, Verordnungen, Erlasse und Verwaltungsvorschriften verbunden. Dieses ist schwer zu erreichen, und so wird es nicht einfach, Wandel in Institutionen zu bewirken.

Die meisten „Non-profit-Organisationen“ sind keine *Institutionen*. Es handelt sich um freie Verbände, Vereine, an den Gesetzen des „Non-profit-Marktes“ ausgerichtet, die oftmals auch von Institutionen, die Mittel vergeben, abhängig sind.

Werden *Institutionen* der Pflege in monetär bestimmte, dienstleistungszentrierte *Organisationen* umgewandelt, erfolgt eine qualitative Veränderung der Arbeit. Einerseits wird ein Markt eröffnet, andererseits wird er restringiert, denn es werden zugleich und berechtigtermassen hohe Kontrollen installiert, denn es geht ja um die Betreuung von Menschen. Institutionen werden heute zu einem Teil *deinstitutionalisiert*, „privatisiert“, erhalten größere Freiräume, geraten aber (wie private Anbieter in diesem Bereich) in die Situation von Kontrollen, welche, wenn sie mit der erforderlichen Gründlichkeit durchgeführt werden, zu hochreglementierten Organisationsformen führen, was einer Reinstitutionalisierung bzw. Teilinstitutionalisierung gleichkommt. Dabei kann davon ausgegangen werden: Institutionseinflüsse in einer Organisation und Organisationsdynamik im Rahmen einer Institution führen zu Einschränkungen. Organisationale Dynamik und Mobilität können sich im rechtlich eng umgrenzten Bereich von Institutionen nur schwach entfalten. Sie greifen deswegen meistens, was die Effektivität anbelangt, nicht genügend. „Effektivität“ wird hier natürlich nur im wirtschaftlichen Sinne verstanden. Auch wenn die Effizienz des *Organisationsaspektes in Institutionen* wesentlich verbessert werden kann, ist zu bezweifeln, dass Krankenhäuser und Pflegeheime, die für jeden Bürger in einem Sozialstaat zugänglich sein sollen, wie Organisationen im freien Markt geführt werden können, ohne dass die Humanität dieser Einrichtungen auf dem Spiel steht und die Gefahr besteht, dass sie zu „Hochglanzasylen“ werden oder nur für „Eliten“ zur Verfügung stehen.

In dem Bemühen, „Wirtschaftlichkeit“ in Institutionen als soziale Dienstleistungsbetriebe hineinzubringen, werden zunehmend Konzepte und Ideologien aus dem „Profit-Bereich“ in den „Non-profit-Bereich“ hineingetragen, um ihn dann doch letztlich „profitabel“ zu machen, so weit zumindest, dass der Einsatz der öffentlichen Hände für die „eingekauften Dienstleistungen“ geringer wird und die Mittel, die für die Versorgung, Betreuung und Sicherung der Lebensbedingungen von Menschen eingesetzt werden müssen, kostenoptimal verwandt werden. Man muss sich dabei immer darüber klar sein, dass *kostenoptimal* im „Einkaufsmodell“ hier häufig heißt: „so billig wie möglich“ oder „auf Kosten der Betroffenen“, für die die zur Rede stehenden „Dienstleistungen“ *Pflegequalität* und – wichtiger noch – *Lebensqualität* bedeuten,

zumal „die Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Heim die Begründung seines Lebensmittelpunktes auf Dauer bedeutet“ (Herweck 1995, 114). Die Transformation einer aus gesellschaftlichen Fürsorgepflicht eingerichteten *Institution* in eine Dienstleistungs*organisation* führt an einer Stelle zu Marktprinzipien, wo Fürsorglichkeit, Sorge, Umsorgung notwendig wird. Ein Heim ist Heimstatt, Heimat, kein Hotel. Hotels sind übrigens für Gäste niemals kostenoptimal. Wenn in Qualität investiert wird, dann immer für zahlungskräftige Kunden. Wenn eingespart wird, dann immer an der Lebensqualität der Bewohner. Eine andere Möglichkeit gibt es für Heime nicht. Diese bedrückende und zuweilen zynische Mechanik kommt manchmal grob und offen zum Tragen, wenn durch Entlassungen, Stellenstreichungen, drastische Mittelkürzungen die Betreuungszeiten, Zeiten für Kommunikation fortfallen. Wie Maßnahmen der Qualitätssicherung hier greifen sollen (Biederbeck 1994; Braun 1994) ist noch nicht zu übersehen, trotz der zahlreichen Überlegungen und Modelle (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie 1994; Klie 1993; Asam/Altmann 1995).

In einer solchen Situation der Verwirrung und Ratlosigkeit ist der Rückgriff auf Erfolgsideologien ein beliebter Weg Schwierigkeiten zu überdecken, besonders, wenn sie sich als subtile Mittel anbieten, Kosten auf Kosten von Betroffenen einzusparen.

Exemplarisch sei hier – im Rahmen der zu beobachtenden Umwandlung von Institutionen in marktwirtschaftliche Dienstleistungsbetriebe – auf das neue Modell der „Kundenorientierung“ in psychosozialen und klinischen *Institutionen* hingewiesen. Da werden nach Abschaffung der Pflegekategorie 4 Bewohner z.T. im Schnellverfahren nach Kurzbegutachtungen – und solide Begutachtungen wären anspruchsvoll (Lucke 1995) – auf 3 gestuft, von 2 auf 1,1 auf 0, d.h. also keiner pflegerischen Hilfe bedürftig. So werden Pflegekosten gespart und Bewohner, die eigentlich im *Patientenstatus* sind, „kundenfähig“ gemacht. Das Kundenkonzept – etwa in Form des „total customer confidence“ – hat als Innovationsstrategie in der freien Wirtschaft sowohl für die Produktentwicklung als auch für den Verkauf einen massiven Trend gesetzt (Fresel/Noetel 1992; Gündling 1995), der vor allen Dingen im Dienstleistungsbereich seinen Niederschlag gefunden hat (Herrling/Mayländer 1994; Münchrath 1995).

3. Überlegungen zu einem „differentiellen Kundenkonzept“ und zur „strategischen Kundenorientierung“

Die Entwicklung der verschiedenen Strömungen und Trends in den Bewegungen zur Kundenorientierung müsste für unterschiedliche Branchen und Felder differenziert untersucht werden, denn die Konnotationen des Kundenbegriffes sind so unterschiedlich und *kontextabhängig*, dass generalisierende Konzepte wenig greifen. Der *Kundendie Kundin* – die *Genderfrage* ist hier von zentraler Wichtigkeit, weil Männer, Frauen, Kinder als Kunden keineswegs gleichbehandelt werden –, Kunden bei einer Bank, einem Autohändler, einer Bäckerei, Eisdielen, einem Frisörgeschäft, einer Massagepraxis werden ganz verschieden gesehen und behandelt. Bei den Elektrizitätswerken, bei der Telekom, beim öffentlichen Rundfunk ist durch die relative Anonymität eine ganz andere Situation gegeben als bei der Bank, bei der man sein Privatkonto hat. Für die Spezifität von Zusammenhängen müssten spezifische Kundenkonzepte berücksichtigt werden. Wo eindeutige Anbieter-/Abnehmer- bzw. Verkäufer-/Kundenorientierungen gegeben sind – z.B. in der Autobranche (Ludvigsen 1995) oder im Nahrungsmittelhandwerk (Pfahler et al. 1992) –, ist eine „total customer confidence“ durchaus sinnvoll und nützlich, besonders wenn die Produkt-Kunden-Relation prägnant zum Tragen kommen kann. Das psy-

chologische Moment, das entsteht, wenn Anbieter sich auf die Bedürfnisse der Abnehmer konzentrieren – wie dies in der Weiterentwicklung dieses Modells geschieht – und mit dem Kunden gemeinsam Produkte entwickeln, gewährleistet deutlich bessere Marktchancen bzw. ermöglicht durch die entstehende Kundennähe eine bedürfnisorientierte Produktentwicklung und ein effektives *supply management* (Kleinschmidt et al. 1996; Orth 1995). Die Kundenorientierung kann dabei zwei Richtungen nehmen – eine *submissive* und eine *partnerschaftliche*:

1. Es wird daran gearbeitet, dass die traditionelle Maxime „Der Kunde ist König“ in optimaler Weise umgesetzt wird (Birk et al. 1992a). „Maximale Kundenorientierung“ (Gündling 1995) kann auf selten der Dienstleistungs-erbringer (man achte auf die Konnotationen des Nomens in diesem Kompositum) aber auch zu submissiven Strategien führen, wie wir sie z.B. bei einem großen internationalen Mietwagenunternehmen in der Parole: „We try harder“ finden, die für alle Mitarbeiter gültig sein soll. In der Regel handelt es sich allerdings um Strategien, in denen man sich submissiv gibt bzw. die Mitarbeiter auf eine solche Haltung verpflichtet, zuweilen bis hin zur Servilität, wie in der Werbung des gleichen Unternehmens deutlich wird, wenn behauptet wird, dass noch nie ein Angestellter „has won an argument with a client“. Es wird nicht nur eine Ware angeboten, die Verkäufer (zumindest die unteren Chargen) müssen sich selbst im subtilen Spiel/Ritual des Verkaufs anbieten (Briese-Neumann 1993; Birk et al. 1992b; Hofer 1989) – oft genug um den Kunden zu übervorteilen (Ogger 1998).

2. Die zweite angesprochene Orientierung sieht den „Kunden als Partner“. Sie verringert – sozialpsychologisch betrachtet – die Distanz, die zwischen „king and servant“ besteht (Wagner 1995), und schafft eine größere „Affiliation“ (Stroebe et al. 1992, 220ff): einmal die der Mitarbeiter des Anbieters zum Kunden hin, zum anderen aber die des Kunden zum Verkäufer hin (Schuler 1995; Gündling 1995). Das traditionelle Konzept des „treuen Kunden“ – ein Beieffekt der Submissivität des Anbieters – verliert damit das Implikat einer gewissen Dependenz. In bestimmter Weise sind Kunden ja auch dem Verkäufer ausgeliefert. Sie müssen sich auf dessen Kompetenz „als informierter Fachmann“ und seine Haltung des „getreuen Kaufmanns“ oder „korrekten Sachverwalters“ verlassen. In der Ideologie der „Kundenorientierung“ werden also traditionelle psychologische Qualitäten und Prinzipien von Geschäftsbeziehungen in neuem Gewand und mit einigen – durchaus wichtigen – Akzentverschiebungen präsentiert.

Werden nun die Konzepte der Kundenorientierung in den „Non-profit-Bereich“ übertragen, so kann das durchaus mit guten Erfolgen geschehen, wenn ein adäquater Bereich ausgewählt wurde, der sich für eine solche Implementierung eignet, wie z.B. das Projekt des „Bürgerhauses“ in Hagen gezeigt hat (Kißler et al. 1994), in dem bislang nicht die „Gesetze des freien Marktes herrschten“. Andernfalls ergeben sich eine Reihe von sehr gewichtigen Schwierigkeiten. *Kunden* und *Verkäufer* sind im Kontext des Marktes mit dem soziologischen Begriff des *Status* zu kennzeichnen. Sie haben gesetzlich geregelte Rechte und Pflichten. Ihre Interaktion ist als *Rollenkonfiguration* zu sehen. In einer solchen ist es notwendig, dass der Kunde seine *Rolle* als Käufer übernimmt, d.h. im Sinne der modernen Rollentheorie (Wiswede 1977; Petzold/Mathias 1983) die Gesamtheit der *Verhaltenserwartungen* erfüllt, die dem *Kundenstatus* zugewiesen werden. In gleicher Weise gilt dies natürlich für den Verkäufer. Die reine Attribution der Rolle bzw. das „display of role expectancies“ genügt aber nicht, um eine Person zum „Kunden zu machen“. *Rollenzuschreibungen*, Identitätsattributionen erfordern die *Rollenübernahme* bzw. -annahme, verlangen die *Identifikation* mit der Identitätszuschreibung (ibid. 169). Hierin liegt ein zentrales Moment der „*Kundensouveränität*“. Eines der wichtigsten, subtilen

Probleme im Konzept der Kundenorientierung liegt genau in der Frage, ob der Kunde sich als solcher die angetragene Rolle bzw. Identitätszuweisung selbst attribuiert und ob es zu einer optimalen oder zumindest hinlänglichen „*Passung*“ kommt, dass nämlich das *Kundenprofil* mit dem *Profil* des Angebots und des Anbieters zu einem „good enough fit“ führt (zum Begriff des *Profils* vgl. *Petzold et al.* 1994b, 300) oder ob die Rollenzuweisung des Rollensenders und die Rollenerwartung des Rolleneempfängers disparat oder konflikthaft sind (*Wiswede* 1977; *Biddle/Thomas* 1966).

Für eine differentielle Kundenorientierung haben die Begriffe des *Profils* und der *Passung* eine zentrale Bedeutung. Sie beinhalten letztlich, dass die Größen *Anbieter/Verkäufer, Kundel/Verkäufer, Produkt/Ware, Setting/Verkaufskontext* eine möglichst gute Konfiguration (wie Nut und Feder, Schlüssel und Schloss) bilden müssen. Deshalb ist es erforderlich, *Kundenprofile* und Fragen der *Passung* sorgfältig durch Marktforschung, Kundenbefragungen, systematische Kundenbeobachtung zu erfassen und zu interpretieren, z.B. mit Hilfe des *Gap-Modells*, wo die Lücke zwischen Kundenerwartungen und den tatsächlichen Dienstleistungen an mehreren Schnittstellen erfasst werden, z.B. vermutete/tatsächliche Kundenerwartungen, kommunizierte und tatsächliche Eigenschaften der Dienstleistung usw. (vgl. *BFS-Trendinformationen*, 9, 1996, 10ff).

Aufgrund von Erhebungen bei und Untersuchungen von Kundenpopulationen kann man Kundenprofile und Interaktionsszenarien zu Zwecken der Schulung von *Anbietern/Verkäufern* erarbeiten und klassifizieren, denn es gibt ja unterschiedliche Kundentypen, die man unter die Klassen „*generell*“ und „*spezifisch*“ fassen kann (*generell*: alt/jung, Männer/Frauen, freundlich/unfreundlich, informiert/uninformiert, kaufinteressiert/kaufentschieden, umgänglich/schwierig etc.). *Spezifische* Klassifizierungen ergeben sich aus besonderen Bedürfnissen und speziellen Interessen an *Produkten* (z.B. an spezialisierter Software, an speziellen Büchern, CDs, Baustoffen, Versicherungen) und aus besonderen *Kontexten, Settings* bzw. Lokalitäten (Supermarkt, Lebensmittelgeschäft, Bankschalter, Tankstelle etc.). Es ist weiterhin wichtig, die „*Kundenbilder*“, die die Anbieter/Verkäufer „in den Köpfen“ haben, zu eruieren, um prüfen zu können, ob eine gute *Passung* zum Selbstverständnis und zu den Bedürfnissen der Kunden vorhanden ist oder eine Veränderung des Kundenbildes im Denken und Fühlen des Verkäufers notwendig wird. Will der Kunde wirklich „König“ sein, oder bevorzugt er sachbezogene oder partnerschaftliche Interaktionsformen? Welches *Image* hat der Kunde von sich, welches *Image* hat der Verkäufer vom Kunden? Was will der Verkäufer, was der Kunde an Interaktionsstil und Verkaufsritual? Was sind Erfordernisse des Produkts und des Settings/Kontextes, welche Nachfolgeleistungen ergeben sich? Das sind zentrale Fragen einer **differentiellen Kundenorientierung**, deren sorgfältige und empiriegestützte Beantwortung für die Erarbeitung differenzierter Verkaufsstrategien spezifischer Formen der Kundenberatung und -betreuung für effiziente Schulungen von Personal für diese Aufgaben unerlässlich sind. Die Synchronisierung der *Intentionen* von Produzenten, Anbietern und Verkäufern ist erforderlich, denn diese sind keineswegs immer identisch, ja können so disparat sein, dass sich daraus in der konkreten Verkaufssituation Probleme ergeben. Empirische Untersuchungen zeigen, dass eine schlechte Dienstleistungsqualität am Markt zu 80 bis 90 % auf interne Gründe zurückzuführen ist (*BFS-Trendinformationen*, 9, 1996, 10). Weiterhin ist die Synchronisierung der Verkäuferintentionen mit den Intentionen der Kunden in den Blick zu nehmen. Dabei müssen Kundenintentionen durchaus nicht nur und in jedem Falle hingenommen werden. Man kann sie bei entsprechendem werblichen und informativen Einsatz bis zu einem gewissen Maß auch *gestalten*. Wenn die *Außenattributionen*, die der Kunde durch die Produktgestaltung und Produktwerbung, die

Verkaufslokalitäten, das Verkaufssetting und die Verkaufsberatung erhält, so stark und überzeugend sind, dass sie nicht nur seine Motivationen und Kaufintentionen, sondern auch seine *Selbstattributionen*, d.h. *sein Selbstbild als Kunde* beeinflussen, ja verändern können, dann sind Maßnahmen „*strategischer Kundenorientierung*“ – nicht nur effizienter Kundenwerbung – wirksam geworden: Man hat die Kunden, die man will. Derartige Maßnahmen sind in der Regel sehr aufwendig. Man muss avisierte „idealtypische“ Kundenprofile so „verkaufen“, dass sie von den Kunden angenommen werden und mit den vorhandenen Käuferprofilen einen „good for fit“ erreichen. Es wird aber selbst bei „ausgebuffter Werbung“ kaum möglich sein – und auf breiter Ebene ist es ohne eine totalitäre Propaganda (Petzold 1996h) unmöglich –, Menschen, die sich von ihrem Selbstverständnis *nicht* als „Kunden“ verstehen, sondern sich in einer bestimmten, durch lange Prozesse fungierender und beruflicher *Sozialisation* aufgebauten und gefestigten *professionellen Identität* als Schwester, Pfleger oder *statuären Identität* als Patient, Pflegebedürftiger, Heimbewohner sehen, umzudefinieren. Dies gilt besonders für Kontexte oder Settings, in denen sich gemeinhin das „soziale Rollenspiel“ Verkäufer ↔ Käufer *nicht* vollzieht. Oft treten Probleme in Betrieben auf, die die Idee (zumeist ist es eine dysfunktionale Ideologie) der „*Kundenorientierung nach innen*“ eingeführt haben. Arbeiter werden dann z.B. als „Kunden“ angesprochen, wenn sie eine betriebsinterne, technische Weiterbildung erhalten. Zugleich bleiben sie vom Kontext her auf Status und Rolle des Arbeiters festgelegt (sie werden vom Meister zu dieser Schulung in der Dienstzeit „abkommandiert“, müssen die neue Technik an ihrer Maschine umsetzen etc.). In ihren Selbstattributionen und in ihren Fremdattributionen, denen festgefügte Muster sozialer Wahrnehmung und sozialer Kognitionen und Handlungsschemata zugrunde liegen, bleiben sie Arbeiter, und der die Schulung durchführende Betriebsingenieur bleibt „einer von der Leitung oben“. Man stelle sich vor: ein Meister im Betrieb, ein Berufsschullehrer vor seiner Klasse adressiert die Lehrlinge mit „Sehr verehrte Kundinnen und Kunden!“. Das löst Unverständnis, kognitive Dissonanzen aus, die nie zufriedenstellend aufgelöst werden können – weder bei den Lehrlingen als Adressaten dieser Rollen- bzw. Identitätsattribution, die den Meister nicht als „Verkäufer“ in ihren Mustern sozialer Wahrnehmung gespeichert haben, noch bei Meister und Lehrer als Attribuierenden, denn sie attribuieren diese Rollen nicht aus einer eigenen, zuvor erfolgten Übernahme (*role taking*) einer Verkäuferrolle.

Die Grenzen „*strategischer Kundenorientierung*“ werden hier ersichtlich und müssen für eine effektive Strategienbildung gesehen und beachtet werden. Die Absurdität der Anwendung eines globalen, „*undifferenzierten Kundenbegriffes*“ wird überdies an solchen Beispielen deutlich, obgleich eine solche dysfunktionale Praxis derzeit Konjunktur hat (siehe z.B. *Bartsch-Backes* 1996, 62: Heimbewohner „sind jetzt nicht nur als die zu Betreuenden anzusehen, sondern als *gleichberechtigte* [! sic] Vertragspartner. Dieser Kundenbegriff bezieht sich nicht nur auf die Bewohner, sondern auch auf die innerbetrieblichen Beziehungen zwischen den Bereichen: die Pfleger sind Kunden vom medizinischen Dienst und umgekehrt“). Um derartigen Unfug zu vermeiden (welcher medizinische Dienst sieht sich als „Kunden“ der Pfleger?!), kann man als eine Faustregel sagen: Alles, was an intendierten und faktischen Identitäts- bzw. Rollenattributionen nicht auch gegenüber den Adressaten ohne das Erzeugen massiver Dissonanzen in Interaktionen versprochen werden kann, eignet sich nicht zur Implementierung neuer sozialer Verkehrsformen. Bei Strategien einer „*differenzierten Kundenorientierung*“ gibt diese Regel einen guten Maßstab.

Einige heitere Persiflagen von Leuten aus dem Feld zu den *neuen Kundengruppen*: Drogenberater zum Abhängigen: „Also, ab jetzt bist du Kunde bei mir!“ – „Und was kost' der Stoff bei dir?“ – Der Chirurg vor dem Eingriff zum Patienten: „Geschätzter Kunde, auf die Qualität unserer Dienstleistung können Sie zählen. Nach Operationen ist es hier noch nie zu Beschwerden gekommen.“ – „Sind die Überlebenschancen denn so schlecht?“ – Und zur „*Kundenorientierung nach innen*“: Chefarzt zur Krankenschwester: „Ich freue mich, jetzt auch Sie zu meinen Kundinnen zählen zu können!“ – „Ach, haben Sie den Beautyshop gegenüber gekauft?“ – Arbeiter zum Kollegen: „Erst waren wir Arbeiter, dann Mitarbeiter von der Firma, und jetzt sollen wir Kunde werden? Hast du das kapiert?“ – „Ich glaub', das ist die neue Masche, uns die Kündigung unterzujubeln!“

Zu einer „*differentiellen Kundenorientierung*“ gehören auch Überlegungen zum Setting. Handelt es sich um Laufkundschaft wie bei einer Bahnhofsbuchhandlung, passierende Kunden, wie bei einer Autobahnraststätte, die man „einmal und nie wieder“ sieht, oder um Dauerkundschaft, wo täglicher Kundenkontakt erfolgt, wie in der Bäckerei oder im Speiselokal, Stammkundschaft, die auch als solche betreut werden will und „gehalten“ werden muss? Neben branchenspezifischen Usancen spielt natürlich das *Produkt* hier eine zentrale Rolle. Will man neben dem Produkt einer greifbaren Ware auch eine Dienstleistung (z.B. eine Versicherung) bzw. eine Serviceleistung mitverkaufen (wie den Wartungsvertrag bei einem Kopiergerät) oder will man einen teuren Markenartikel empfehlen, sind andere Formen der Kundenorientierung angezeigt als beim Verramschen von Restposten oder preiswerten Massenartikeln, wo der Umtausch nicht lohnt.

Dies alles waren Beispiele, die einige Aspekte aufzeigen, welche bei der Implementierung „*differentieller Kundenorientierung*“ zu beachten sind. Für die Schulung von Mitarbeitern auf neue Kundenprofile oder neue Interaktionsformen sind entsprechende Maßnahmen zu konzipieren, die unterschiedliche Differenziertheit haben können. Ein Modell, das für die Schulung von Kundenberatern in der Sanitätstechnik entwickelt wurde, sei an dieser Stelle als Beispiel kurz aufgeführt:

- Gespräch mit dem Auftraggeber (Firma im Bereich der Medizintechnik);
- theorie- und erfahrungsgelitete Formulierungen von Zielvorstellungen durch Auftraggeber in Zusammenarbeit mit dem Berater;
- Auftrag;
- Exploration der bisherigen Beratungspraxis (Analyse von Stärken und Schwachstellen);
- Erhebung und Exploration *differentieller Kundenprofile* in der Zielgruppe;
- Erhebung und Exploration der *Kundenbilder* bei den Mitarbeitern;
- Erstellung eines Implementierungsszenarios für die Einführung in das Unternehmen (Information, Akzeptanzwerbung, organisatorischer Ablauf etc.);
- Erstellung von Trainingskonzeptionen (Probleme, Ressourcen, Potentiale → Ziele, Inhalte, Methoden, Techniken, Medien);
- Erstellen von Trainingsmaterialien (z.B. Lehrvideos);
- Trainingsseminare (mit Rollenspielen, videogestütztem Modellernen);
- Umsetzungsphase, in der das Gelernte in der Praxis erprobt wird (z.B. wurden Videos von Beratern in Live-Beratungssituationen mit Kunden – anlässlich einer Einladung ins Unternehmen und einer Werksbesichtigung – aufgezeichnet);
- Follow-up-Seminar mit Auswertungen der Videoaufzeichnungen;
- Evaluation der Maßnahme durch Kundenbefragungen.

Das Konzept einer „*differentiellen Kundenorientierung*“ wird in besonderem Maße zu berücksichtigen sein in Bereichen, wo der Kundenbegriff bislang *nicht* verwandt wurde und ein Prozess zur Implementierung des Kundenkonzeptes, z.B. als Projekt der Organisationsentwick-

lung, begonnen werden soll. Das ist in Organisationen und Institutionen im Bereich sozialer Dienstleistungen der Fall, und hier gibt es bislang wenig differenzierte Modelle und Konzepte zur Entwicklung einer *Dienstleistungskultur*, die einer sozialwissenschaftlichen Analyse und Argumentation genügen (vgl. *Oliva* 1997) und nicht nur platte Ideologien vermarkten, die weder auf ihren Hintergrund untersucht worden sind, d.h. weder die Frage nach den „Ursachen hinter den Ursachen“ stellen – „Warum jetzt auf einmal Kundenorientierung?“ – noch die Frage zu den „Folgen nach den Folgen“ – „Was bewirkt dies auf Dauer für die Qualität psychosozialer Hilfeleistung und die Situation der Organisationen und Institutionen in diesem Feld?“ Diese Fragen müssen gestellt und mit hinreichender Stimmigkeit beantwortet werden.

4. Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen

Versuchen wir unter den aufgezeigten soziologischen und sozialpsychologischen Perspektiven das globale, **undifferenzierte Kundenmodell** auf verschiedene institutionelle Kontexte umzusetzen, z.B. für den Kindergarten, die Primarschule, aber auch für die gerontopsychiatrische Station, das Pflegeheim für Demente, die Entzugsstation für Drogenabhängige, die therapeutische Gemeinschaft, die niedrigschwellige Drogenarbeit, wird deutlich: dieses Modell kann aufgrund eines *Statusdefizits* nicht in Frage kommen: Die „Kunden“ sind mittellos oder nicht geschäftsfähig, eine unabdingbare Voraussetzung des Kunden*status*! Ihnen fehlt die „**Kundensouveränität**“, die – „zumindest gegenwärtig nur in bestimmten Hilfefeldern anzutreffen ist ... Eine Analogie mit dem Kundenbegriff in der Erwerbswirtschaft ist demgemäß nur zum Teil möglich“ (*Oliva* 1997, 459). Dem ist vollauf zuzustimmen. Dennoch wird das Kundenmodell auch für Einrichtungen mit geistig Behinderten, im Altenbereich mit dementen Patienten und im Drogenbereich propagiert. Aber nicht nur auf der Ebene des *Status*, sondern auch auf der Ebene der *Rollen* bleibt das Modell in den genannten institutionellen Kontexten inkonsistent. Welcher Beamte im Strafvollzug wird einen einsitzenden Drogenabhängigen als „Kunden“ betrachten, welcher Mitarbeiter in einer therapeutischen Wohngemeinschaft würde den WG-Mitgliedern das Kundenlabel attestieren, und welche Krankenschwester oder welcher Arzt in einem Methadonprogramm würde sich bei der Ausgabe des Substitutionsopiats als Verkäufer (Dealer) und den Abhängigen als Kunden bezeichnen? Welche Schwester, welcher Pfleger attribuiert Heimbewohnern in der „schweren Pflege“ eine Kundenrolle? Es soll im folgenden deshalb die Dysfunktionalität der undifferenzierten Kundenideologie exemplarisch für zwei Bereiche, dem der Drogenarbeit und dem der Gerontopsychiatrie aufgezeigt werden.

4.1 Das Kundenkonzept der systemischen (Familien-)Therapie in der Behandlung von Drogenabhängigen

Von Ansätzen systemischer (Familien-)Therapie, die das Konzept und die „Mode der Kundenorientierung“ in alle Bereiche psychosozialen Handelns und in die Drogentherapie zu tragen suchen, wird immer wieder als positives Argument für den Begriff des „Kunden“ das Ernstnehmen der „Kundigkeit“ des Anderen ins Feld geführt. Es scheint damit eine Haltung des „Respekts“ vor dem Anderen durch die Attribution des positiv konnotierten Kundenlabels gegeben. Ganz abgesehen von der falschen Bedeutungsherleitung des Begriffes „Kunde“ von „kundig sein“, hat eine solche Strategie nur eine vordergründige Stringenz und Überzeugungs-

kraft. Dafür ist die Geschichte der „Umdefinierungen“ von Identitäten ohne Einbeziehung Betroffener zu problematisch (Petzold 1996h). (Die Putzfrau wurde zur Raumpflegerin, aber gehört nach wie vor zur „Kolonne“ des Reinigungspersonals.)

Erst wenn man die Angesprochenen/Attribuierten fragt, *wie* sie angesprochen/attributioniert werden wollen, kommt man in den Bereich des Respekts. *Ansonsten bleiben Attributionen Willkürakte*, seien die Konnotationen, die man wohlmeinend schaffen will, auch noch so „appealing“. Kein Mensch im Alltagskontext denkt, wenn er den Begriff „Kunde“ für sich und Andere gebraucht, daran, dass dieser ein „Kundiger, ein mit Bezug auf die Ware, seine Wünsche und Bedürfnisse Erfahrener“ sei, wie es die systemische Kundenideologie vertritt. „Kunde“ (mhd. *künde*) kommt von ahd. *kund* – bekannt (altnordisch *kunnr*). Es ist also der Bekannte, frühneuhochdeutsch der „Wirtshausgast“ (sehr sinnig für die Suchtkrankenarbeit!), jemand, den man kennt (Kluge 1989, 419), ein Konsument, ein Käufer. Ein *Kunde* ist also jemand, der in ein Lokal oder ein Geschäft kommt und den man kennt bzw. der durch seine Kneipen- oder Geschäftsbesuche bekannt wird. Die selbstgebastelten Begründungsetymologien liegen aber nicht nur bedeutungsgeschichtlich daneben, sondern in ihrer Pauschalisierung auch sozialphänomenologisch. Viele Kunden wollen beraten werden, denn sie sind oft nicht genug, nicht ausreichend kundig, Andere sind für die gesuchte Ware oder Dienstleistung Experten. Ein *differenzieller Kundenbegriff* ist erforderlich.

Der von uns eingeführte Begriff der „doppelten Expertenschaft“ – die „Professionellen“ sind Experten aufgrund ihres professionellen Wissens, die „Klienten“ oder „Patienten“ sind Experten für ihre Lebenssituation, ihre Problemlage, ihre Krankheit (Petzold 1990i) – trifft die Intentionen der respektvollen Einbeziehung von Betroffenen besser als die naive Umkonnotation im systemischen Kundenbegriff. Diese hat nicht nur deshalb keine Chance, weil im Alltagsverständnis der Menschen mit „Kunde“ eine andere Bedeutung aufgerufen wird als die des „Kundigen“ (und derartige Bedeutungen sind als individuelle und kollektive Kognitionen bekanntlich nur äußerst schwer zu verändern), sondern weil auch die mit dem Kundenbegriff verbundenen *Szenarios des Alltagshandelns* genau gegenläufig zum Szenario des „kundigen Fachmanns“ strukturiert sind. Kunden wollen vom Verkäufer sachkundig beraten und informiert werden über Möglichkeiten, Angebote, Funktionsweisen, Qualität des Produktes. Dies trifft insbesondere für komplexe Dienstleistungen zu – und psychosoziale Hilfeleistungen sind solche –, die nicht im unmittelbaren Kontext der tagtäglichen Erfahrungen liegen und die in ihrer Vieldimensionalität (Funktion und Wirkungsweise von therapeutischen Angeboten, Implikationen für das Persönlichkeitssystem, aber auch für die Familien- und Netzwerksituation, Fragen der Kostenanerkennung, der Hilfsagenturen etc.) Spezialisten erfordern. Dieses verlangt von den *Helfern* in ihren verschiedenen Positionen und Rollen (ein kleines Segment kann auch die Rolle des Kundenberaters und Verkäufers sein) ein hohes Maß an sachlicher und fachlich gut aufbereiteter und gut transportierter Information aus dem Fundus von Expertenwissen, und mit dem ist in der Regel *Expertenmacht* (Hitzler et al. 1994) verbunden. Diese Expertenmacht mit den darin implizierten Mustern „struktureller Gewalt“, zu der auch therapeutische Gewalt (Petzold/Orth 1997a) gehört, wird durch die Favorisierung eines „undifferenzierten Kundenbegriffes“ durch gewisse, soziologisch unbedarfte systemische Therapeuten wieder einmal verschleiert. Wir sagen „wieder einmal“, weil sich in Formen strategischer Familientherapie zum Teil höchst problematische Praktiken *therapeutischer Gewalt* fanden und finden (wir denken z.B. an die „paradoxen Interventionen“, das Herausgehen von Therapeuten aus emotional geladenen Situationen, um hinter der Einwegscheibe eine neue „Strategie“ zu diskutieren und diese dann – in die Behandlungssituation mit der Familie zu-

rückkehrend – umzusetzen, ohne dass die Betroffenen an der Erarbeitung dieser Strategie partizipieren konnten und oft sogar nicht über die Sinnhaftigkeit der Intentionen informiert wurden). Ist das Kundenorientierung? Gut, man hat einiges an diesen Vorgehensweisen verändert (von Schlippel/Schweitzer 1996), aber man hat nicht metareflektiert, warum man diese manipulativen, zum Teil menschenverachtenden Praktiken ausübte, welche Mechanismen oder „systemischen Dynamiken“ dahinterstehen, welche „Diskurse“ (Foucault) sich hier artikulierten (Petzold 1996d). Und so lange dies nicht geschehen ist, besteht die Gefahr der Reproduktion derartiger struktureller Fehler (die beunruhigende Popularität des „systemischen“, hochideologischen und normierenden Ansatzes von Hellinger [1991, 1994, 1996] kann als ein solches Phänomen betrachtet werden). Wir wissen: Die „Pastoralmacht“ (Foucault 1986) setzt sich säkularisiert in der Psychotherapie fort (Petzold/Orth 1997a), und sie hatte immer schon ihre zwingende Hand auf der Familie, denn ist die Familie im Bann ekklesialer Macht, ist die Herrschaft über Menschen gesichert! Die kryptoreligiösen und ideologischen Implikate der Theorien und Praktiken der Familientherapie müssen deshalb besonders sorgsam dekonstruiert (Derrida) und auf „Diskurse der Macht“ (Foucault 1994; Dreyfus/Rabinow 1994) hin untersucht werden. Warum sollen Familien jetzt in der Familientherapie „Kunden“ sein? Das ist zu fragen. Ist Familientherapie jetzt eine Ware, ein Konsumartikel? Familien sind ja eine wichtige Zielgruppe der Konsumgüterindustrie und der Anbieter von Dienstleistungen. Aber wie verträgt sich das Anbieten von Familientherapie als menschenorientierte „Dienstleistung“ mit machtvollen Konzepten wie die der „verdeckten Familienmythen“, der Mehrgenerationenbindungen als „invisible loyalties“, des „Inexpatienten“ usw. (Petzold/Orth 1997a)? Wo sind da partnerschaftliche oder sachorientierte Kundenbeziehungen möglich? Dies erscheint noch alles konzeptuell sehr unausgereift. Auf jeden Fall hat die Theologie das Modell der „Kundenorientierung“ aufgegriffen (Fuchs 1995) und sucht es ekklesial einzubinden und zu nutzen: „Der Kunde bringt eine Kunde mit sich, die heilsam für einen selbst, das eigene Selbstbewusstsein und die hinter einem stehende Organisation ist. Von den Kunden her ist also das eigene Selbstverständnis zu erkunden. Denn deren Kunde bestimmt die Qualität der eigenen Dienstleistung mit ... Kundenorientierung in diesem reziproken Beziehungsverhältnis hieße für die Kirche als Ganzes, in einen heilsamen Lernprozess einzutreten ...“ (Krockauer 1997). „Ärmere Jugendliche erhalten aufgrund eines christlich-kirchlichen Selbstverständnisses als Kunden vorrangige Beachtung. Dass man damit auch Geschäfte machen kann und muss, ergibt sich letztlich als eine geschichtliche Begleiterscheinung und Notwendigkeit“ (ibid. 490) – eine „Gratwanderung“ (ibid. 489), fürwahr!

Die „Theologie“ des „undifferenzierten Kundenbegriffes“ in gewissen Strömungen der systemischen Familientherapie mit der damit verbundenen Mode der einseitigen Favorisierung (angeblich) kurzzeitig wirkender und wirksamer, „lösungsorientierter“, z.T. höchst manipulativer Behandlungsmodelle weist eher darauf hin, dass man unreflektiert (wieder einmal) einer neuen Heilslehre folgt. Gegen lösungsorientierte Therapieansätze und kundenorientierte Spezialformen der Beratung mit intersubjektiver Qualität wäre überhaupt nichts einzuwenden – wir haben sie stets „praktiziert“ (Petzold 1974j, 394). Wenn man aber sieht, wie diese Konzepte jetzt als das neue Allheilmittel für die Drogentherapie – eines der schwierigsten therapeutischen Felder, mit der höchst belasteten multimorbiden Patientenpopulation – propagiert werden (ohne dass für die Effizienz dieser Behandlungsformen bei diesem Klientel solide empirische Nachweise vorliegen), dass Abhängige jetzt als „Kunden“ umdeklariert werden, kann man nur sehr skeptisch werden. Wie schon einmal bei der Behandlung „psychotischer“ bzw. „schizophrener“ Familien, Familien mit psychiatrisch erkrankten Menschen (nämlich Thera-

pien aufgrund der nicht mehr haltbaren „Doublebind-Hypothese“) sind die vorgegaukelten expliziten oder impliziten Versprechen effektiver Kurzzeitbehandlung von „Kunden“ mit einer Abhängigkeitserkrankung zum Scheitern verurteilt. Langjährige Drogenabhängigkeit als komplexes Syndrom mit gesundheitlicher Zerrüttung, zerstörten sozialen Netzwerken, physischen Abhängigkeiten, Ressourcenarmut, vielfach mit polytraumatischem Hintergrund und einer in der Regel breiten Multimorbidität ist kein Krankheitsgeschehen, keine psychosoziale „emergency condition“, die mit den Möglichkeiten kundenorientierter Beratung, alleinig lösungsorientierter Behandlungsstrategien und vor allen Dingen mit kurzzeitigen Interventionsräumen auch nur annähernd zielführend angegangen werden kann und angemessene Hilfe bereitzustellen vermag. Jeder, der in diesem Feld praktische Erfahrung hat, weiß dies, und wer in diesem Feld keine ausreichende Erfahrung hat, sollte hier den Mund nicht voll nehmen. Dass kurzzeitige, lösungsorientierte Ansätze natürlich wunderbar in die derzeitige Landschaft der radikalen Kürzungen im Gesundheitssystem passen, favorisiert diesen Unsinn, der u.E. mit Blick auf die Therapeuten, die ihn propagieren, als Ausdruck von Unbedarftheit anzusehen ist. Mit Blick auf eine Drogenpolitik, die zu Lasten komplexer, z.T. hochschwelliger Therapieangebote Kurzprogramme favorisiert, müssen diese Modelle als zynisch betrachtet werden! Das sind starke Worte. Sie werden aus dreißig Jahren Kenntnis dieses Feldes und seiner Moden und aus dem Engagement für die Betroffenen geschrieben. Hier ist *Polemik* notwendig.

Strategien der Kundenorientierung – so man sie nicht nur als eine partielle Maßnahme für einen schmalen Sektor im Gesamtbereich der Drogenhilfe betrachtet – und „systemische“ Kurzzeittherapien – so man sie nicht nur als spezifische Möglichkeiten mit äußerst eingeschränkter Indikation in einem karrierebegleitenden breiten Behandlungskonzept und einem breiten Spektrum von Behandlungsangeboten ansieht – sind u.E. recht problematische Konzepte – mit Blick auf die globalen Ansprüche, mit denen sie z.T. vorgetragen werden, und mit Blick auf die reale Verelendung der meisten Drogenabhängigen. Behält man das im Auge, so müssen die undifferenzierte Kundenideologie und das globale Konzept der „lösungsorientierten Kurzzeittherapie“ für den Drogenbereich als ignorante oder als „obszöne Strategien“ benannt und ihre verdeckten Momente struktureller Gewalt und der Verschleierung bzw. des Missbrauchs von Expertenmacht aufgedeckt werden, weil sie adäquate Hilfsangebote verhindern und zur Verharmlosung schwerwiegendster psychosozialer Notlagen und gravierender Multimorbiditäten beitragen (Petzold 1997c).

Es sei in der Tat so: „Worte waren ursprünglich Zauber“, sagt *de Shazer* (1996). Sie sind es noch! Schaut man auf den unsorgsamen Umgang mit dem Kundenbegriff im derzeitigen sozialpolitischen und sozialinterventiven Feld – insbesondere in der Drogenarbeit – durch Politiker, Beamte, aber leider auch Therapeuten und andere Helfer, sieht man auf das Herumwerfen mit neuen Modebegriffen und wenig reflektierten Schlagworten, so erweisen sich Worte in der Tat – wieder einmal – als „fauler Zauber“.

4.2 Kundenorientierung im gerontologischen Heim- und Pflegebereich

Heime sind Institutionen, in denen für die Heimbewohner und Mitarbeiter ein Rechtsstatus vorgegeben ist, der auf der Mitarbeiterseite sogar durch heilkundliche und berufsrechtliche Festlegungen (examierte Schwester, staatlich geprüfter Altenpfleger etc.) und durch das Heimgesetz geregelt ist. Für die Schwester ergibt sich mit der Einführung der Kundenorientierung ein Doppelstatus, der durch eine hohe *Statusinkompatibilität* gekennzeichnet ist. Auf der Performanzseite entsteht ein kaum lösbarer Rollenkonflikt – einerseits als „Schwester“ und an-

dererseits als „Verkäuferin“ der Dienstleistung eines Anbieters zu arbeiten. Auf der Seite des Patienten mit seinem *Status* als pflegebedürftiger Patient („Pflegefall“) erfolgt überdies eine Umdeklarierung oder Umformatierung. Er wird als „Käufer“ dieser Dienstleistung dargestellt, ohne diesen *Status*, „Käufersouveränität“ und die Möglichkeiten der entsprechenden Rollenperformanz zu haben. Natürlich gibt es immer wieder auch einen Doppelstatus* (der Vorteile und Nachteile haben kann). Wichtig ist in solchen Fällen, dass die strukturellen Rahmenbedingungen stimmen und dass dieser Doppelstatus im Bewusstsein und der Intentionalität derjenigen ist, die diesen Status bekleiden, d.h. aufgrund der rechtlichen und institutionellen Bedingungen zugewiesen bekommen haben und ihn in den entsprechenden Kontexten durch ihr Rollenverhalten aktualisieren. Es ist sehr zu bezweifeln, dass in Institutionen wie Krankenhäusern oder Altenheimen Pflegepersonal und Patienten bzw. Klienten das *Statusbewusstsein* und die *Rollenkompetenz* bzw. -*performanz* von *Anbietern* und *Kunden* haben. Aber selbst wenn dieses auf Seiten des Personals durch Trainingsmaßnahmen vielleicht erreicht werden könnte, ist es im höchsten Maße fraglich, ob die Mehrzahl der irgendwann im Leben einmal ins Krankenhaus kommenden Patienten sich als Kunde erleben wird oder ob in Heimen selbst bei validen Hochbetagten die bewusste Einnahme des zugewiesenen Status als „Kunde“ und der attribuierten Rolle „als Käufer“ erreicht werden kann – bei Dementen ist dies ohnehin nicht möglich –, sodass das *soziale Rollenspiel* in seinem konfigurativen Vollzug ablaufen könnte. Die Pflegekraft im *Status* der Schwester muss sich in der *Rolle* der „Verkäuferin“ einer Dienstleistung ihres „Ladens“ Institution sehen, der alte Mensch – als Rentner und Altenheimbewohner ein *Statusinhaber* dieser Institution – müsste die *Rolle* eines „Käufers“ annehmen für eine Dienstleistung, auf die er einen Rechtsanspruch hat. Kognitive Dissonanzen, Unverständnis, Rollenkonflikte, Rollenzwang und Frustration oder Anpassung an die Vorgaben *struktureller Gewalt* sind hier programmiert.

Für Altenheim und Krankenhaus sind für eine solche Konzeption der Kundenorientierung noch nicht einmal die notwendigen institutionellen Strukturveränderungen geschaffen worden bzw. alle erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen. Krankenhaus-, Heim- und Berufsrecht sind nicht konsistent mit den im Rahmen der leistungsrechtlichen Bestimmungen durch das Pflegeversicherungsgesetz vorgesehenen neuen Regelungen synchronisiert. In einer sozialen Institution finden wir zunächst einmal rechtlich „Leistungs- bzw. Hilfeberechtigte“ (womit ein *Status* begründet wird) und keine „Kunden“. Diese Anspruchsberechtigten haben mit „Leistungserbringern“ sowie mit „Kosten- und Leistungsträgern“ in spezifischen Rechtsverhältnissen zu tun, die mit der Kunden-Anbieter-Situation im freien Markt nichts zu tun haben. Vielmehr wird das „sozialrechtliche Dreiecksverhältnis“ (Abbildung 1) durch sozialgesetzliche Regelungen, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften etc. bestimmt. Das sozialrechtliche *Grundverhältnis* Leistungs-/Hilfeberechtigter ↔ Leistungs-/Kostenträger wird durch ein Auftragsverhältnis zwischen Leistungsträger ↔ Leistungserbringer umgesetzt, und dieses *Vollzugverhältnis* muss vom Leistungserbringer gegenüber dem Leistungsträger (der Art und Um-

* Wenn z.B. Pflege selbständig von einer in freier Praxis arbeitenden Schwester einem Pflegebedürftigen angeboten wird oder ein Schwerstbehinderter sich als „Kleinunternehmer“ versteht, weil er zwei angestellte Pflegekräfte, finanziert durch die Pflegeversicherung, beschäftigt, liegt Doppelstatus vor. Im Beispiel der Schwester in der Hauskrankenpflege finden wir vom Status her die Anbieterin einer Dienstleistung an eine Käuferin derselben, die einen Teil der Kosten von der Kasse zurückbekommt. Dennoch ist die Käuferin auch im *Patientenstatus* und hat spezifische Patientenrechte, die Schwester wiederum ist berechtigt, aufgrund ihres *Schwesternstatus* qualifizierte Pflege auszuführen. In beiden Beispielen – Schwester und behinderter „Kleinunternehmer“ – kommen aufgrund der Kontrollen durch die öffentliche Hand und die Finanzierung durch die Pflegeversicherung institutionelle Einwirkungen zum Tragen.

fang der Leistung festlegt, *ohne* Konsultation des Patienten), nicht etwa gegenüber dem Leistungsberechtigten nachgewiesen werden. „Rechtlich besitzen die Hilfebedürftigen zwar einen Leistungsanspruch gegen diese, de facto wird die Leistungserbringung aber immer mehr von der obligatorischen Pflegesatzvereinbarung, die zwischen Einrichtung- und Kostenträger geschlossen wird ‚dominiert‘ (Kuhn/Staiber 1992)“ (Oliva 1997, 457). Von Kundenbeziehungen für die Betroffenen kann also nicht gesprochen werden.

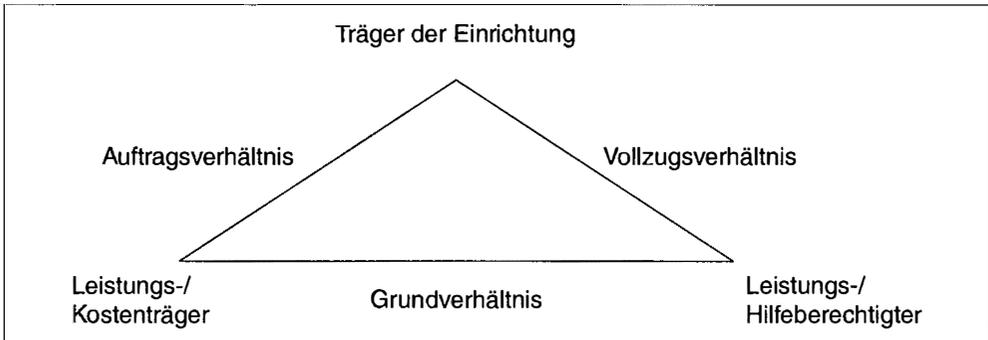


Abbildung 1: Das „sozialrechtliche Dreiecksverhältnis“ (modifiziert nach Maas 1992, 270, aus Oliva 1997, 457)

Auf die Problematik in der ambulanten Versorgung oder von Kleinheimen kann an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden (Wendt 1993; Grams-Homolová/Schaeffer 1992; Burmeister 1994; Krusel/Kruse 1990), aber die Fragen der Kundenorientierung sind hier keineswegs einfacher, besonders wenn die Rolle der Angehörigen im Zusammenspiel zwischen Leistungsanbietern, Pflegekasse, Betreuten noch ins Spiel kommt (Kruse 1995; Knipscheer 1984; Hörl 1986; Horowitz 1985).

Alterspatienten, hochbetagte Heimbewohner und Altenheimbewohner wollen ein „Heim“, ein Zuhause für die letzte Strecke ihrer Lebenszeit, kein „Hotel“ – eine weitere Modekonzeption mit zynischer Konnotation. Sie brauchen dafür spezifische interpersonale, soziale und ökologische Bedingungen, wie die ökologische und psychologische Altersforschung gezeigt hat (Saup 1984, 1993). Diese Situationserwartung an das „Heim als Lebensraum“ und die institutionellen Gegebenheiten des Heimes als staatlich geregelte Einrichtung der Versorgung, Betreuung und Pflege werfen als solche schon genügend Probleme auf. Wie soll ein Bewohner sich hier als „Kunde“ verstehen, diesen Status erhalten und diese Rolle übernehmen? Den Urhebern dieser Idee muss man sozialgerontologische Ignoranz bescheinigen und organisationssoziologische Blauäugigkeit. Bedenklich stimmt dazu noch die Naivität, mit der solche Konzepte von manchen Trägern unhinterfragt übernommen oder gar propagiert werden und – schlimmer noch – die Unbedarftheit (oder Gewissenlosigkeit?), mit der diese Ideologien von manchen Supervisoren und Organisationsentwicklern als „Innovationsprojekte“ verkauft werden – trotz „sozialarbeiterischer Identität“ oder auf die „Menschenrechte“ rekurrierender Berufsordnungen (vgl. DGSv aktuell 4/1995). Als Beispiel für u.E. problematische Aspekte einer Implementierung der Kundenideologie im Rahmen einer „Leitbildentwicklung einer Senioren- und Behinderteneinrichtung“ wollen wir, gleichsam aus „supervisorischer Sicht“ einen Projektbericht von Bartsch-Backes (1996) analysieren. Hier werden Dissonanzgefühle von Mitarbeitern offenbar nicht berücksichtigt, sie werden uminterpretiert, denn das Leitbild ist

„in den Augen vieler Mitarbeiter [...] jedoch ein Instrument zur Befriedung, Harmonisierung und Motivierung, wo es doch eigentlich um Kosteneinsparung geht“ (ibid. 68). Richtig gesehen von den Mitarbeitern! Aber sie werden im Verlauf des „Leitbildentwicklungsprozesses“ eines anderen belehrt und es kommt auch offenbar zu Einstellungsänderungen. Ein Pflegedienstleiter und der geschäftsführende Betriebsleiter werden vom Berater des OE-Projektes zum Projekterfolg interviewt (eine fragwürdige Form der Erfolgsdokumentation, zumal man sieht, dass von den „einfachen Mitarbeitern“ niemand interviewt wurde). Pflegedienstleiter: „Wenn man so bedenkt, das 20 Jahre das Leitbild herrschte, das Beste ist gerade gut genug für unsere Bewohner, jetzt muss man auf das Notwendige oder auf das notwendige Maß reduzieren“ (ibid. 65). „Gut, dass das Leitbild ein Stück dazu beiträgt, die marktwirtschaftlichen Aspekte und die Kosten in die Praxis besser umzusetzen, dass noch eine hohe Identifikation mit dem Beruf weiter bestehen bleibt“ (ibid.). Leitbild und Kundenorientierung sollen also – so das *Implikat* in der Sicht des Pflegedienstleiters – eine „kompensatorische Funktion“ haben, die allerdings immer wieder verschleiert wird und sich in der Aussage des Betriebsleiters in eine „disziplinarische Funktion“ wandelt: „... es gibt auch die Intention, das Leitbild als Waffe einzusetzen. Das heißt, wenn ein Beschäftigter sich einmal nicht leitbildentsprechend verhalten hat, es hochzuhalten und zu sagen, hier steht das aber anders drin“ (ibid. 66). Die menschenfreundlichen Werte von Leitbildern werden durch derartige Momente struktureller und manifester Gewalt und Disziplinierung („Waffe“) konterkariert. Der (vordergründige?) Anpassungsprozess der einfachen Mitarbeiter wird deutlich: Bezüglich „des Begriffs vom ‚Kunden‘ schienen zu Beginn *Welten* zwischen den Initiatoren im Management und den Mitarbeitern zu liegen. *Mit der Zeit* zeigte sich, dass sehr viele Mitarbeiter ähnliche gedankliche Vorstellungen von ihrem *Unternehmen* haben, mit denen sie sich emotional identifizieren. Das Leitbild und damit die neue Vorstellung von dem *Unternehmen* wurde von allen Mitarbeitern gemeinsam hervorgebracht“ (ibid. 70, unsere Hervorhebung), das indes auf folgendem Hintergrund: „Die ‚soziale Selbstreflexion‘ [der Mitarbeiter sc] ist eine wichtige Voraussetzung, sie bleibt allerdings ungenügend, wenn nicht eine Entscheidung des Managements für eine sprunghafte Entwicklung der Organisation hinzukommt“ (ibid.). „Das Management muss sich für die Entscheidung von IST und SOLL und für eine Umsetzung des SOLL entscheiden“ (ibid. 71). So werden u. E. Pseudobeteiligungen der Mitarbeiter geschaffen, Scheinkonsens und Fassadäre Leitbildkonzepte (sie sind es ohnehin oft genug) statt fundierter Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Da scheint uns eine saubere, offene Deklaration der „Leitbildentwicklung [...] als Instrument zur Ergänzung und Unterstützung klassischer Top-down-Managementinstrumente“ (ibid. 58) klarer, aber *Bartsch-Backes* will dieser Konzeption als Novum den „gemeinsamen Entwicklungsprozess von Mitarbeitern und Management entgegenstellen.“ Es kommt aber durch die schwierige Dynamik des Leitbildentwicklungsprozesses (und derartige Prozesse sind nie einfach) zu einer signifikanten Einstellungsänderung: nämlich bei dem frischgebackenen „Organisationsberater“ („vom Supervisor zum Organisationsberater“, ibid. 58): „Als Supervisor habe ich lange Zeit geglaubt, dass sich der Übergang in die neue Organisation (Dezentralisierung, Selbststeuerung, mehr Gestaltungsmöglichkeiten, Macht für mehr Mitarbeiter und Bedeutungsverlust von Hierarchie) mittels Leitbild und Leitbildentwicklungsprozess gleitend organisieren ließe. Das halte ich inzwischen für eine Illusion“. Die Managemententscheidung bleibt die *ultima ratio*. Das Statement des Betriebsleiters zeigt, dass er die Ordnung des disziplinarischen Diskurses (*Foucault*) nicht verlassen hat. Und das Verhältnis zu den Bewohnern, die jetzt „Kunden“ geworden sind? Zunächst wurden vom Personal „bestimmte Begriffe wie ‚Kunde‘ [...] abgelehnt, die Diskussion darüber verlief im

gesamten Betrieb sehr kontrovers“ (ibid. 60). Im gesamten Betrieb? Man liest nichts davon, dass die „Kunden“ befragt oder gehört worden wären, obgleich dies ja möglich ist (vgl. z.B. den Leitbildprozess des Diözesan-Caritasverbandes Regensburg, *Kues* 1997). Jedoch *berichtet Bartsch-Backes* (1996,62): „Das hat natürlich von der Grundeinstellung her zu enormen Auseinandersetzungen geführt. Das Wort ‚Kunde‘ ist ein Reizthema und hat zu einem ungemein neuen Denken angeregt, was sich letztendlich positiv auf den Betrieb ausgewirkt hat, sodass man sich heute *nicht mehr so leichtfertig* über den Kunden bzw. den Bewohner hinwegsetzt, sondern dass man *wirklich* mit ihm als *gleichwertigem* Partner Lösungen sucht“ (unsere Hervorhebung). Wenn die vorgängige Praxis tatsächlich so war und verändert wurde, ist dies tatsächlich ein Fortschritt. Musste ein Bewohner verlegt werden, „dann wurde das früher einfach vollzogen. Heute wird nicht nur der Bewohner, sondern der soziale Dienst, der medizinische Dienst und die Angehörigen befragt [...], sodass die *Entscheidungen* durch Einbeziehung mit dem Betroffenen *vereinbart* werden. Das ist ein wesentlicher Fortschritt gegenüber den Jahren zuvor“ (ibid. 62f, unsere Hervorhebungen). Mag sein!

Der Blick auf die semantische Feinstruktur lässt Zweifel aufkommen: „Entscheidungen“ (wer hat sie gefällt?) werden „vereinbart“. Über die Rolle und Entscheidungsbefugnis der verschiedenen „Dienste“ wird nichts gesagt (man kann ja von solchen Instanzen sehr fremdbestimmt werden), genausowenig wie etwas über das Entscheidungsmoment oder die Zurückweisungsmöglichkeiten der Bewohner ausgesagt wird. Auch liegt hier die Gefahr der Pseudobeteiligung nahe. Diese ist in ihrem verdeckt manipulativen Charakter schlechter als die abgepufferte und um Akzeptanz werbende Mitteilung einer unumgänglichen und von institutionellen Instanzen in *Wahrnehmung ihrer Sorgfaltspflicht* getroffenen Entscheidung. Auf jeden Fall passen dieses gesamte Szenario und seine sprachlichen Implikate nicht zum Kundenbegriff. Schade, dass solche Interventionen auf große Systeme, wie die von *Bartsch-Backes* in den „Zentren für Senioren und Behinderte der Stadt Köln“ beschriebenen, nicht durch solide sozialwissenschaftliche Forschung begleitet, evaluiert und in Langzeit-follow-ups auf ihre Folgen und Wirkungen für die Gesamtorganisation, die Bewohner, die Mitarbeiter und einzelne Mitarbeitergruppen untersucht werden. Dann könnten „Berater“ wie *Bartsch-Backes* sehen, ob sie wirklich positive Veränderungen bewirkt haben oder – und er zitiert hier selbst *Franz Biehal* – nur „systemkosmetische und marginale Verbesserungen“ (ibid. 71). In der abschließenden Darstellung seiner „philosophy“ von „*Veränderungsstrategie*“ finden wir die Forderung nach Freiraum für selbstverantwortliche Teams zugleich mit dem Postulat nach grundlegenden Managemententscheidungen und der Organisation von geeigneten (wer entscheidet hierüber?) Lernprozessen im Sinne der lernenden Organisation. „Entscheidend ist, dass diese Aspekte bereits nach dem Modell *selbstregulativer*, -steuernder und -reflektierender Gruppen *top down* organisiert sein müssen – beginnend auf der obersten Hierarchieebene“ (ibid. 71, unsere Hervorhebungen). Und hier verstehen wir dann nichts mehr – Selbststeuerung, aber *top down* organisiert? „Leitbild von den Menschen des Unternehmens hervorgebracht“, aber das Management macht die Vorgaben und entscheidet die Umsetzung! (ibid.). Nichts als Aporien und arbiträrer Gebrauch von Schlagworten und theoretischen Versatzstücken! Aber das scheint ja der Stil bei vielen OE-Projekten zur Leitbildentwicklung und Kundenorientierung in sozialen Organisationen zu sein, Maßnahmen, für die das Management und die Entscheidungsträger erhebliche Summen bereitgestellt und ausgegeben haben und die dann natürlich nicht erfolglos, mäßig oder gar schlecht sein dürfen. (Wie schwer war es andererseits, für solide gerontopsychiatrische Weiterbildungen des Personals ein paar Mark herauszubetteln!)

Auf das voranstehende Beispiel wurde so ausführlich eingegangen, weil es uns in seiner Unbedarftheit „feldtypisch“ zu sein scheint (zumal es offenbar unbeanstandet das Redaktionsgremium von „*Supervision*“, eine der führenden und der ältesten Zeitschriften im Feld passierte) und die Probleme des Kundenbegriffes im sozialgerontologischen Kontext deutlich hervortreten lässt.

Die fehlende *Identifikation* mit Status und Rolle des „Kunden“ auf Seiten der Patienten, Klienten, Heimbewohner – je nachdem, worum es sich handelt – und wohl auch zu einem großen Teil auf Seiten des Personals (den „Verkäufern“), wie wir sie als Supervisoren immer wieder beobachten, liegt noch in vielen anderen Punkten begründet: Bewohner, Angehörige und Personal erleben das Heim als *Institution*, die kognitiv und emotional recht stabil repräsentiert ist. Die hohe Stabilität und Persistenz solcher über ein Leben hin erworbener Repräsentationen ist durch die longitudinale Kognitionsforschung (*Schaie* 1983) bekannt, und da erwartet man durch ein paar Vorschriften und knappe Organisationsentwicklungsmaßnahmen tatsächlich ein „reframing“ auf artifizielle, realitätsfremde Konzeptionen? Mehr als sehr vordergründige Anpassung wird nicht erfolgen. Ähnliches wurde doch schon einmal im Rahmen der Psychiatriereform durchexerziert! Behauptet haben sich moderate Konzepte. Gescheitert sind die hochfliegenden Visionen, die Personal, Patienten, Bürokratie und Ressourcenlage überfordert haben. Hat man diese Erfahrungen ausgeblendet? Jetzt will man im Alten- und Pflegebereich Personal und Bewohner – wieder einmal – auf Konzepte verpflichten (oder sie ihnen aufzwingen), denen es zudem noch an jeder kognitiven Konsonanz, alltagstheoretischen Konsistenz, *ökologischen Validität* fehlt, die also gegen den „gesunden Menschenverstand“ verstoßen, denn es geht ja nicht um Wohnanlagen für wohlbetuchte Pensionisten der oberen Mittelschicht, denen das „Hotelmilieu“ vertraut ist – leben würden auch diese sicher nicht auf Dauer in einer Hotelatmosphäre. Für die weitaus größte Zahl der Bürger dieses Landes dürfte der Hotelaufenthalt eine Ausnahmesituation sein. Schön für den Urlaub, aber das wär’s dann auch.

Natürlich hat jede Institution einen Organisationsaspekt – wir haben dies schon unterstrichen –, und hier können Maßnahmen sinnvoller Organisationsentwicklung durchaus etwas bringen. Es gibt organisatorische Abläufe, die besser oder schlechter organisiert, Kommunikationsformen, die angemessener sein können, aber diese Abläufe und Formen sind wesentlich durch die Regelungen der Institutionsstruktur, ihre rechtlichen Vorgaben, und ihre *kollektiven* und *individuellen* „sozialen Repräsentationen“ (*Moscovici* 1984; *Jodelet* 1989 a, b) beeinflusst. *Organisationen* erhalten von Seiten der Kunden spezifische Erwartungen, an denen sie sich ausrichten, weiterhin ein unmittelbares Feedback auf Angebot und Produkt. Sie müssen sich, bleiben Kundeninteresse und ein positives Feedback aus oder kommt ein negatives Feedback, möglichst schnell umstellen, um den Kundenbedürfnissen gerecht zu werden und der Konkurrenz keine Angriffsfläche zu bieten. Die Feedback-Möglichkeiten von Heimbewohnern zur Heimleitung hingegen und – wichtiger noch – zu den „Kostenträgern“ (auch sie haben sich ja umdefiniert) und zur Heimaufsicht, geschweige denn zu den das Heimwesen regelnden Behörden oder den Erlasse, Verordnungen und Gesetze gebenden gesellschaftlichen Institutionen sind gar nicht oder zumindest nur theoretisch gegeben (Welcher Altenheimbewohner nimmt schon das verfassungsmäßig Art. 17 GG gewährleistete Petitionsrecht in Anspruch?). Die fehlende oder mangelhafte Durchlässigkeit vom Heimbewohner zur „Institution Heim“, zu den aufsichtsführenden und den institutionsstiftenden gesellschaftlichen Gremien verhindert *Feedback* (besonders materielles), das wichtigste Regulativ, das eine kundenorientierte Organisation kennzeichnet – eine Kündigung des Dienstleistungsvertrages – ist ohnehin nicht

möglich. Die sogenannten „Kunden“ haben in der Regel keine Alternative oder Ausweichmöglichkeit auf andere Anbieter und Produkte, ihnen fehlt jegliche „Kundensouveränität“. Auch die „Verkäufer“, die Mitarbeiter, die in der Institution Heim oder Krankenhaus arbeiten, haben aufgrund von Dienstwegen, Weisungen, Verwaltungsvorschriften nicht die innerbetrieblichen Feedback-Möglichkeiten, wie sie in Organisationen im freien Markt notwendig und üblich sind. Ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenzen sind eng umschrieben, und sie müssen es zum Teil auch sein (etwa für den angemessenen Umgang mit verwirrten Alterspatienten, wo die bundesdeutschen Regelungen – etwa gegenüber den niederländischen – sehr abfallen).

Die Ausgliederung von Heimen aus der Trägerschaft von Kommunen und Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege und ihre Umwandlung in GmbHs, die man derzeit zunehmend beobachtet, dient eher der Risikoverminderung, als dass dadurch das Institutionsproblem gelöst würde, denn die ehemaligen Träger bleiben als die Anteilseigner der GmbH bestimmend, und so regiert der kameralistische Geist weiter in dieser neuen Form, und es bleibt vieles beim alten, was die Inflexibilität der Strukturen anbelangt, nicht indes, was die Flexibilität des Umgangs mit Kosten im Personalsektor betrifft. Hier kann man jetzt recht flexibel Kosten und Personal steuern. Das hebt nicht gerade das Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter und erhöht die Pressionen auf die nachgeordnete Verwaltung – „Management“, wie es heute heißt in zweckdienlicher Aufwertung ohne wirkliche Erweiterung der Handlungsspielräume. Die Verwaltung muss also stärker werden, die Zahlen schwarz halten, *coute que coute*, koste es auch die Lebensqualität von Pflegebedürftigen, welche – die anthroposophische Sprachfigur versucht es deutlich zu machen – immer auch „Seelenpflegebedürftige“ sind. Wir verstehen durch solche Begriffe, dass es um Mitmenschen geht, altgewordene Mitbürger, die Zeit, Gespräch, Zuwendung, Aktivitätsangebote, Möglichkeiten der kreativen Selbstentfaltung brauchen, ja auf das alles *ein Recht* haben – es gehört zu ihrer „unantastbaren Würde“ GG, Art 1 –, nachdem sie für diese Gesellschaft Arbeit geleistet haben: für das Bruttosozialprodukt, für den Wiederaufbau, als Staatsbürger Demokratiarbeit, als Eltern Erziehungsarbeit.

5. Pflege, Betreuung, Zuwendung als „Produkt“ oder „Ware“

Der *Organisationsaspekt* in Heimen, Pflegeheimen und Krankenhäusern ist, das dürfte hoffentlich deutlich geworden sein, bislang von dem strukturellen Rahmen der *Institution* so stark imprägniert, dass Kundenorientierung mit all dem, was damit verbunden ist, nur wenig umgesetzt werden kann. Hindernd wirkt sich auch die mangelnde „Prägnanz des Produkts“ aus. Man kauft ja keinen Rührstab, kein Auto, also keine materielle Ware (*Ludvigsen* 1995), man bucht auch keine Reise, schließt keine Lebensversicherung (*Kühlmann* 1988) ab, kauft also keine Dienstleistung im üblichen Sinne, sondern das „Produkt“ ist etwas sehr Komplexes, nämlich „Pflege, Betreuung, Versorgung, Unterbringung“, und es ist hier die Frage zu stellen, ob bei einem so komplexen Konglomerat von persönlichen Dienstleistungen, Vollpension-Arrangement, medizinischer Versorgung etc. überhaupt von *einem* „Produkt“ gesprochen werden kann. Wahrscheinlich nicht! Vielmehr handelt es sich um eine Reihe von Produkten in einer sehr heterogenen Anbieterstruktur, für die die unmittelbaren „Verkäufer“, das Pflegepersonal, insgesamt nur eine beschränkte Vertretungsmöglichkeit haben können. Unterbringung und Verpflegung fällt aus ihrem Vertretungsrahmen. Allenfalls ist Betreuung und Pflege das Angebot, für das sie einstehen können. Ist aber „professionelle Pflege“ – und um diese geht es

– ein „Produkt“ von einer Prägung, die kognitiv noch kompetenten Pflegebedürftigen so deutlich zugänglich werden kann, dass sie sich als „Kunden“, „Käufer“ verstehen können, die dieses Produkt kaufen wollen? Haben sie sich in ihrem Rollenrepertoire als Heimbewohner unter den verschiedenen, im Heim erforderlichen Rollen die des „Kunden“ in ausreichender Prägung selbst attribuieren können? Haben sie so viel an „Kundenidentität“ und „Kundensouveränität“ entwickeln können, dass sie in die soziale Interaktion einzutreten vermögen, die den komplementären Rollenvollzug „Verkäufer/Käufer, Anbieter/Kunde“ kennzeichnet: in Verhandlungen über das *Produkt* „professionelle Pflege“, in ein Aushandeln eventueller „Extras“ der *Ware* „patientenzentrierte Betreuung“? Professionelle Pflege sei hier kurz definiert:

„Professionelle Pflege ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Menschen als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder, Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung.

Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegenden und Gepflegte als Personen ein« (Petzold/Petzold 1993b).

Eine solche, der Realität pflegenden Handelns wohl durchaus angemessene Definition lässt sich mit dem Kundenparadigma schwer vereinbaren.

Ein weiteres Hindernis in den angesprochenen institutionellen Kontexten für die Kundenorientierung und für die Identifikation der Beteiligten mit diesem Konzept liegt in der fehlenden Unmittelbarkeit des rechtlichen Vertragsverhältnisses. Normalerweise besichtigt der Kunde die Ware des Anbieters, informiert sich über sie, entscheidet sich für die Ware bzw. die Dienstleistung, übernimmt sie dann auch unmittelbar vom Verkäufer oder seinem Beauftragten, bezahlt sie in der Regel aus seinen persönlichen finanziellen Ressourcen und hat dann noch verschiedene Rechte (Rückgaberecht, Reklamationsrecht, Garantien etc.). All dieses ist im Krankenhaus- und Pflegebereich nicht gegeben. Gehen wir von einem geschäftsfähigen, kognitiv kompetenten Hochbetagten in einem Pflegeheim aus: Seine Möglichkeit, die Dienstleistung unter verschiedenen Angeboten auszuwählen, waren wahrscheinlich äußerst begrenzt. Er „kommt in ein Heim“, „muss in einem Heim untergebracht werden“. Er bezahlt die Dienstleistung auch nicht unmittelbar und in den meisten Fällen auch nicht aus seinen eigenen finanziellen Ressourcen. Vielmehr wird – wie schon ausgeführt – die Dienstleistung vom Heim erbracht, das dafür von einem „Kostenträger“ (der Begriff ist doch ganz griffig) bezahlt wird, nach Sätzen, die zwischen dem „Kostenträger“ und dem „Leistungserbringer“ in Pflegesatzverhandlungen ausgehandelt werden. Weder das Pflegepersonal, das die ausgehandelte Leistung im „Kundenkontakt“ dem Heimbewohner gegenüber zu vertreten hat, noch die Heimbewohner als „Kunden“ bzw. „Käufer“ sind an diesem Geschehen beteiligt. Es gibt keine Begutachtung der zu kaufenden Dienstleistung, keine Auswahl, keine Reklamationsmöglichkeiten und natürlich auch keine dem Kunden unmittelbar zugänglichen Garantieansprüche. Damit entfallen *alle Merkmale*, die strukturell für die Statusbeziehung bzw. die Rolleninteraktionen zwischen Verkäufer und Kunden, Dienstleistungsanbieter und Dienstleistungsabneh-

mer erforderlich sind. Wie soll dann ein solches Konzept funktionieren? Die kollektiven kognitiven Repräsentationen (Moscovici 1984) von Pflegenden, Heimbewohnern, Patienten, Angehörigen, die von ihnen *geteilte Sicht* ihrer relevanten sozialen Welt (*social world*, Strauss 1978; Petzold/Petzold 1991a; Unruh 1983a) weisen andere Bilder und Handlungsskripts auf als die, die das Kundenparadigma nahelegt. Da alte Menschen als Kunden besonders häufig betrogen werden, ist der Kundenbegriff mit all seinen Fragwürdigkeiten (Ogger 1998) keineswegs ein ansprechendes *label*.

6. Kundenorientierung – eine Form „struktureller Gewalt“?

Im Rahmen einer *Organisation*, die sich „am Markt“ durchsetzen und behaupten müsste, würde sich eine solche Konstellation in kürzester Zeit ad absurdum führen, weil sie in keiner Weise realisierbar ist. Es handelt sich aber bei Heimen, Krankenhäusern um *Institutionen*, die auch am Rande des wirtschaftlichen Desasters aufgrund des staatlichen Versorgungsauftrages immer irgendwie am Leben gehalten werden und die weiterhin wegen des Fehlens einer *wirklichen* Konkurrenzsituation und damit der selektierenden, qualitätssichernden Funktion des Marktes ihre Dienstleistungen auf einem qualitativ niedrigen Level halten bzw. diesen noch herunterwirtschaften können. Institutionen mit einem solchen Angebot wären auf einem freien Markt mit *wirklichen* Kunden, die Wahlmöglichkeiten hätten, ohne Chance. Private Organisationen als Anbieter mit Finanzierungen aus öffentlichen Mitteln werden dadurch in indirekter Weise teilinstitutionalisiert. Der Wettbewerb spielt sich unter den Anbietern gegenüber den „Kostenträgern“ (nicht etwa den Leistungsempfängern) ab, und dieser Wettbewerb wird seine Grenzen haben, weil sich „informelle Maßstäbe“ für die „Grenzen des Unterbietens“ herausbilden werden, aber dabei werden die Grenzen derjenigen, die die Leistungen letztlich empfangen, schon vielfach überschritten worden sein, ohne dass sie die Chance gehabt hätten, „aus dem Vertrag auszusteigen“, den sie nicht geschlossen haben. Die Kontrollen der *Institution* (z.B. Aufsichtsbehörden) über die privaten *Organisationen* sind vorhanden und könnten ein einschneidendes Regulativ sein, aber sie greifen in der wesentlichen Dimension der „humanen, personenzentrierten Pflege und Betreuung“ nicht besonders gut, weil Prüfungsmaßstäbe und -instrumente fehlen und wohl auch nur sehr schwer zu erstellen und zu gewährleisten sind.

Die Bedingungen, die die neuen Regelungen in der Folge der Pflegeversicherung in den Institutionen und in den indirekt „teilinstitutionalisierten“ Organisationen privater Träger produzieren und – das ist das Zynische – nur produzieren können, weil es sich um Institutionen in staatlicher Verfügungs- und Kontrollgewalt handelt, führen vielfach zu einer Demontage von Qualitäten, die in einer Jahrzehnte dauernden, mühsamen und investitionsintensiven Entwicklungsarbeit im Heim- und Pflegebereich allmählich erreicht wurden: eine *patientenzentrierte Pflege*, eine *validationsorientierte Betreuung*, eine auf *Lebensqualität gerichtete Gestaltung des Heimalltags* und der mikroökologischen Bedingungen, eine *partizipationsorientierte Öffnung der Heime* zum Gemeinwesen hin etc. All diese Entwicklungen „kosten“ und lassen sich unter einem Regime der *Kostenoptimierung* – man lese Kostenminimierung – nicht realisieren. Die aufgrund der Umsetzung sozialgerontologischer Erkenntnisse (Lehr 1987; Thomae 1983; Petzold/Petzold 1991), die ja auch in den Zieldimensionen des Gesetzestextes aufscheinen, allmählich in Gang gekommene positive Entwicklung zu einer *Humanisierung* des Heim- und Pflegebereichs – und man ist vielfach noch weit von einer akzeptablen Qualität, ge-

schweige denn einer optimalen entfernt – wird mit den gesetzten Strukturen abgebremst, ja gravierend gefährdet, weil es zu massiven Fehlkonzeptualisierungen und Fehlplanungen gekommen ist – dieser Beitrag greift nur einige Aspekte auf –, die durch Maßnahmen der „Qualitätssicherung“, die nun implementiert werden, nicht aufgefangen werden können, weil der *Qualitätsbegriff* zu kurz greift (Klie 1993; Biederbeck 1994). Das Zynische liegt darin, dass die Bedingungen für eine klientenbezogene Qualität als „*Lebensqualität der Betroffenen*“ so durch Budgetierung, Vorgaben der Mittelbeschränkung und Ressourcenverknappung im Vorfeld eingeschränkt werden, dass von vornherein ein minimalisierter Qualitätsstandard etabliert wird, der vielfach dazu führt, dass den drei großen „S“ ein viertes hinzugefügt werden wird: „sauber, satt, still, sediert“. Wo die Personaldecke in quantitativer und besonders auch in qualitativer Hinsicht (aus Kostengründen wird zunehmend unterqualifiziertes Personal eingestellt) gerade noch zur Gewährleistung der funktionellen Pflege und Betreuung ausreicht, dienen das Gerede von „Kundenorientierung“ und die Versuche, dieses Konzept zu implementieren, vielfach doch nur zu einer ideologisch verbrämten Verschleierung der gravierenden Einschnitte in die Qualität der institutionellen Pflege, der Betreuung und Gestaltung von Beziehungsqualität und Lebenswelt, wobei die letztgenannten Aspekte von der „*Kostenoptimierung auf Kosten der Betroffenen*“ am stärksten getroffen werden.

Nur weil die *institutionelle Macht* (Orth/Petzold/Sieper 1995) in der Lage ist, einen solchen Unfug – es sei hier einmal ausdrücklich so benannt – wie das Konzept der „Kundenorientierung“ in Kontexten wie die von Pflegeheimen mit überwiegend nicht geschäftsfähigen, demenzten Bewohnern bzw. hochbetagten Alterspatienten „anzuordnen“ – vorbei an den Realitäten des Heimalltags, den Bedürfnissen der Heimbewohner oder Patienten, den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Pflegepersonals, nur weil also die gesamte Durchsetzungskraft institutioneller Verfügungsgewalt hinter einem solchen Konzept steht, werden Schwestern und Pfleger gezwungen, eine in völlig anderen Zusammenhängen – nämlich denen von Profit-Organisationen im freien Markt – entwickelte Ideologie zu übernehmen, die für ihren Arbeitszusammenhang weitgehend dysfunktional ist, werden sie gezwungen („motiviert“), Menschen – Pflegebedürftigen, Alterspatienten, aber auch validen Heimbewohnern –, die ein ganz anderes Selbstverständnis, nämlich eine Identifikation mit ihrem *Status* und ihrer *Rolle als Heimbewohner* haben, die *Kundenrolle* zu attribuieren. Und wenn sie dies tun, ohne dass diese Fremdattributionen von den Heimbewohnern erwünscht sind, ihren Bedürfnissen entsprechen und somit auch von ihnen nicht mit frei bejahten, komplementären Selbstattributionen beantwortet werden, vollzieht sich – wie so oft in diesem Bereich – eine Manifestation „struktureller Gewalt“. *Hier werden einfach Identitäten umdefiniert*, ohne dass die Betroffenen – die Bewohner wie das Personal – mit daran beteiligt waren, ob sie einer solchen Umdefinition zustimmen können, ob sie diese für ihren Lebensbereich (so für die Bewohner, Klienten oder Patienten) oder für ihren Arbeitsbereich (so für das Personal) sinnvoll und angemessen finden. So angewendet, wird das Konzept der Kundenorientierung nicht zu einer Maßnahme der Qualitätssicherung, sondern zu einer *geschickten Kosmetik für die Demontage von Humanität*.

Der Zwang zur Ökonomisierung von *Institutionen* versucht Optimierung dadurch zu erreichen, dass die *Organisationsaspekte* derselben betont werden, wobei man übersieht, dass Institutionen mit ihren Organisationsaspekten und freie Organisationen sehr unterschiedliche Dynamiken, Qualitäten und Möglichkeiten haben. Dies ist nicht nur eine Frage von „Profit-“ oder „Non-profit“-Orientierung. Da haben (wieder einmal) Planer vom grünen Tisch her – vielleicht beraten von bereichsfremden „Experten aus der Wirtschaft“ oder geleitet von „Gutachten“ sozialgerontologisch unbedarfter Sanierungsfachleute – ein paar schlaue Ideen gehabt,

wie man „Kosten dämpfen“ könne, und dabei kommen dann „Orga-Institutionen“ heraus, Zwitterwesen, in denen sich Strukturen, Ziele, Inhalte, Handlungsabläufe und ökonomische Erfordernisse verqueren und ohne Qualitätsverluste nicht umgesetzt werden können. Es wird dabei stets auf „wirtschaftliche Realitäten“ und „Sachzwänge“ verwiesen und diesen ein Status „objektiver“ Gegebenheiten verliehen, der das Faktum verschleiern soll, dass *institutionelle Realitäten gesellschaftlich bzw. politisch entschiedene Wirklichkeiten* sind, genauso, wie „Qualität“ eine durch den politischen Willen bestimmte Größe ist.

Bei den derzeitigen Tendenzen und Maßnahmen zur *Monetarisierung* des Sozialbereichs drohen mühevoll von engagierten Trägern und engagiertem Personal erreichte Qualitäten – etwa der patienten- bzw. klientenzentrierten Pflege, des „Heimes als Lebenswelt“ – teilweise oder gänzlich verloren zu gehen, denn alle Maßnahmen der *Qualitätssicherung* (von *Qualitätsentwicklung* spricht schon niemand mehr) richten sich auf die Optimierung von Funktionsabläufen, nicht auf die Optimierung von „Lebensqualität“ der Bewohner und ihrer Betreuer. Überdies werden im Heim- und Pflegebereich auch keine qualitätssichernden Evaluationskonzepte vorgelegt, in denen die „Kunden“, die Bewohner als Empfänger der Dienstleistung, eine reale Chance hätten, ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche, ihre Reklamationen zu artikulieren, und das in einer Weise, dass dieses *Feedback* veränderungswirksam würde. Vielmehr werden unter dem verschleiern Label „Kundenorientierung“ wieder Menschen verwaltet, „Pflegefälle gehandhabt“ und dem *Pflegepersonal* – seltsamerweise spricht man nicht von *Kundenbetreuern* – auferlegt, ein irreales Rollenspiel zu inszenieren, an das es selbst nicht glaubt und glauben kann, weil die „Rollenempfänger“ diese Rolle nicht aufnehmen können oder wollen.

7. Zwischenmenschliche Beziehungen „and the pursuit of happiness“

Nur, wenn man mit organisationssoziologischer und sozialpsychologischer Stringenz die Realität der *Institutionen* sieht, ihre Geschichte und ihr Herkommen, die Realität der institutionellen Mitarbeiter – Schwestern, Pfleger, Pflegeberufe – betrachtet und hier auch die Traditionen ihrer beruflichen Sozialisation in den Blick nimmt, wenn man schließlich die in diesen Traditionen zur Wirkung kommenden „anonymen Diskurse“ (Foucault 1978; Dauk 1989) aufdeckt, d.h. die Strukturen institutioneller „Macht“ (Orth/Petzold/Sieper 1995) sieht, könnte man sinnvoll Veränderungen planen. Es würde dann deutlich, wie eine institutionelle „Kultur“ in einer nützlichen, kostenoptimierenden und die Lebensqualität fördernden Weise verändert werden kann, wie vielleicht durch einen „geplanten Wandel“ (*planned change*) der institutionsbestimmenden gesetzlichen Regelungen mehr „Organisation in die Institution“ kommen könnte, die im Sinne einer Flexibilisierung und Dynamisierung von Strukturen, vielleicht auch zu einer Kostenoptimierung führen könnte. Wir sehen allerdings hier die Chancen eher gering, da der quantitative und vor allen Dingen qualitative Personalschlüssel unzureichend ist – es fehlt allenthalben an Fachpersonal wie Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnastinnen*, Tanz-, Kreativ- und Musiktherapeutinnen (Petzold/Müller 1996; idem 1991h) und vielfach auch an Ausstattung mit Sachmitteln oder Mitteln zur Gestaltung

* Die in „eigener Praxis“ – gemietet im Gebäude eines Heimes – arbeitende Krankengymnastin, die im strammen Zeittakt „auf Rezept“ funktionale physiotherapeutische Behandlungen durchführt, ist mit Blick darauf, was Heimbewohner von einer spezifisch für das Heim angestellten KG erhalten und erhalten müssen, *eine falsche Kostenauslagerung*. Für grupppale Aktivitäten mit Bewegung, individualisierte Bewegungsprogramme im Stations- oder Gruppenkontext, hat sie keine Zeit und Möglichkeiten ... Aber das Heim „hat“ eine Krankengymnastin!

von Strukturmaßnahmen wie Ausflüge, Reisen etc. Einsparen und Qualitätsverbesserung zugleich, in Bereichen, die ohnehin schon knapp ausgelegt sind, wie soll das gehen? Nun, es wird gehen, weil Institutionen wie Heime und Krankenhäuser von der Gesellschaft installierte Einrichtungen sind, die für die Gesellschaft zu den von ihr auch definierten Bedingungen Arbeit verrichten *müssen*, die sonst niemand tut und tun kann, weil den Zielgruppen die finanziellen Ressourcen fehlen. Im Extremfall führt das zu Praktiken des „verwalteten Elends“ und zu „Asylen mit gepflegter Bausubstanz“. An den Fassaden wird man sicher so bald noch nicht sparen! Es darf aber nicht vergessen werden, dass es in *Goffmans* (1961) Konzept der „*asylums*“ um Institutionen als Sozialagenturen geht, deren deprivierende und damit gewalttätige Strukturen (*neglect is violence!*) beschädigte Identität („*spoiled identity*“) hervorbringen.

Das Konzept der „Kundenorientierung“ steht in der Gefahr zu suggerieren, dass unter schlechteren Bedingungen doch noch gute Arbeit gemacht werden kann, ja dass es um eine Verbesserung geht, denn es wird sogar die höherwertige Identitätszuschreibung „Kunde“ eingesetzt, wo eigentlich alle anderen Maßnahmen der Neustrukturierung auf eine Beeinträchtigung von Identitätsprozessen hinauslaufen. Es hat die Funktion, mit einer neuen Ideologie einen neuen *moralischen Anspruch* an das Pflegepersonal heranzutragen („Der Kunde ist König, also behandelt ihn gut, auch mit verringerten Ressourcen!“). Es bleibt das „*We try harder!*“ Das Resultat läuft dann auf seiten des Personals in Richtung *Burnout* (*Petzold* 1990r, s, t, 1993g; *Petzold/Petzold* 1996) – ähnlich wie bei den überlasteten pflegenden Familien (*Gunzelmann* 1991; *Gräßel* 1994; *Kruse* 1995). Auf seiten der Heimbewohner läuft es in Richtung *Hospitalisierung* mit all ihren negativen Auswirkungen: Abbau kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten aufgrund der drastischen Reduzierung des „Zeitbudgets“ für Gespräche und rekreative Aktivitäten – Zeit für Kundenberatung, Kundengespräche, *Kundenbetreuung* ist nicht mehr vorgesehen, wegrationalisiert! Die Erhöhung der Morbidität und Mortalität, Zunahme von Deprivationen, psychosomatischen Störungen, progredierende Demenzentwicklung durch Vernachlässigung (*neglect*) sind die Folge. Eine wirklich moderne Konzeption, die den „Kunden als Partner“ sieht und folglich die „Heimbewohner oder den Patienten als Partner“ behandeln müsste, bleibt auf der Strecke. Ähnlich, wie der Teambegriff unter der versteckten Prämisse der Leistungsmaximierung in die Institution Eingang fand: „Im Team leistet man mehr“, „Teamarbeit führt zur Qualitätsverbesserung der Arbeit“ etc. (*Petzold* 1997k), ohne dass Hilfen zum Aufbau von Teams (*team building*) gegeben wurden und Anleitung zur Teamarbeit oder kontinuierliche Teamsupervision erfolgte, wird jetzt versucht, kurzatmig den Kundenbegriff zu „implementieren“*. Über Arbeitsgruppen ist man im Heimwesen oft nicht hinausgekommen. Manchmal sind es nur Arbeitskolonnen, auch wenn von „Teams“ gesprochen wird, und Kolonnen können eine adäquate Betreuung von *Kunden* nicht leisten, geschweige denn von *Bewohnern* eines *Heimes* (im Sinne von „home sweet home“). Kunden brauchen die Verkäufer für die kurze Zeit der Verkaufssituation, schauen „mal eben in den Laden“. Bewohner bleiben auf Dauer, sie wohnen ja in *ihrem* H e i m.

Keine Frage, es gibt sehr gute Aspekte des Konzeptes der *Kundenorientierung*, nur muss der Kontext passen. In Altenwohnheimen mit validen und kognitiv kompetenten Heimbewohnern, in Wohnanlagen für noch rüstige, geistig rege und klare ältere und alte Menschen kann dieses Konzept durchaus sinnvoll und nützlich werden, wenn Betreuer sich wirklich mit der

* Es wurden überdies nie das Herkommen des Teambegriffes und seine Implikationen ausreichend reflektiert. „Combat Teams“; Kampfteams im Militär, Sportteams, Verkaufsteams – all das sind Gruppenarbeitsformen, in denen unter höchster Anspannung und Nutzung aller Ressourcen Höchstleistungen erbracht werden sollten. Keine Frage, es gibt sehr gute Aspekt der Teamarbeit, nur muss der Kontext berücksichtigt werden!

Anbieterseite identifizieren und die Bewohner in ihrem *Rollenrepertoire* (Petzold/Matthias 1983; Petzold/Bubolz 1976) unter ihren verschiedenen, aktiv gebrauchten Rollen auch die *Kundenrolle* entwickeln können und wollen, als *eine* für bestimmte Bereiche nützliche Möglichkeit, ihre Situation zu gestalten und ihre Rechte wahrzunehmen. Dabei aber müssen natürlich die institutionellen Voraussetzungen gegeben sein, was bei Wohnanlagen durchaus der Fall ist, die von privatwirtschaftlichen Organisationen für alte Mitbürger konzipiert und als Serviceeinrichtung unterhalten werden, Leuten, die sich das leisten können und sich auch als *Kunden* verstehen. In allen anderen Bereichen wird sich auf der Seite der alten und hochbetagten Heimbewohner oder der gerontopsychiatrischen Patienten in der Klinik die Kundenrolle – wenn überhaupt – nur als ein äußerst schwaches Rollenmerkmal ausbilden lassen, und dann wird es – betrachtet man die konfigurative Seite sozialen Rollenspiels – unsinnig, das Personal einseitig auf diese Dimension zu verpflichten. *Heimbewohner als Partner*, das wäre ein gutes Konzept! Patienten als „beziehungswerte“ (der Begriff ist besser als kommunikations- oder ansprachebedürftig) und als pflegebedürftige Mitmenschen zu sehen und zu betreuen, das wäre angemessen! Der Auftrag unserer Gesellschaft, die als „demokratischer und sozialer Rechtsstaat“ organisiert ist (GG Art. 28, vgl. 20) für ihre kranken Mitbürger, ihre pflegebedürftigen und alten Menschen als Solidargemeinschaft zu sorgen, das Recht des Bürgers, solche Versorgung auch zu erhalten, hat nichts zu tun mit einem modischen „let’s go shopping“, aber sehr wohl etwas zu tun mit „getreulicher Sachwahrung“ und engagierter „Fürsorge“ für das Wohlergehen, die „*Wohlfahrt*“ von Menschen als Mitglieder dieser Gesellschaft.

Die genannten Begriffe und die Geschichte der Institutionen, für die sie stehen – „die Wohlfahrt“, „die Fürsorge“ –, zeigen sehr deutlich, was geschieht, wenn institutionelle Aufgaben nicht strukturell und von den materiellen Bedingungen her fundiert und durch die erforderliche Ausstattung mit Ressourcen abgesichert sind. *Fürsorge*, ein an sich absolut treffender Begriff, verkommt dann zu repressiver Reglementierung mit einem entsprechend negativen Image bei den Betroffenen, das sich im gesellschaftlichen Feld generalisiert. *Wohlfahrt*, ein richtiges Wort für die richtige Sache, degeneriert dann zur machtvollen und restriktiven „Verwaltung von Elend“. Zwei gute Konzepte der Wahrnehmung rechts- und sozialstaatlicher Aufgaben wurden so zugrunde gerichtet – und sie waren dabei noch politisch, soziologisch und sozialpsychologisch konsistent konzeptualisiert, anders als dies für das Kundenkonzept der Fall ist. Nicht die Verpflichtung, dem „Kunden zu dienen“, schafft humane Pflege und Betreuung, nicht verfügte Kundenorientierung hilft, die Belastungen „schwerer Pflege“, die permanente Konfrontation mit Altern, Krankheit, Siechtum und Sterben auszuhalten und die Alterswürde nicht zu verletzen (Petzold 1985d), nicht Qualitätskontrollen von Formalstandards werden *malignen Burnout* (Petzold/Petzold 1996b) und Misshandlung, *ja gefährliche Pflege*, Tötung von Heimbewohnern und Patienten verhindern (Vorfälle wie die Katastrophe von Lainz, idem 1989b, 1990; Maisch 1996), sondern *gewachsene zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Bewohnern und Pflegenden* – und die brauchen Zeit und Raum für *Begegnungen*. In ihnen wächst beim Pflegepersonal ein „*ethisches Bewusstsein aus dem Erleben*“ (Lévinas 1983; Petzold 1996k), eine „erfahrene Evidenz“, dass es sich bei den Heimbewohnern um Menschen handelt, die *als solche*, als Personen, wichtig, liebenswert, „beziehungswert“ und deshalb wertzuschätzen sind und die im Sinne der amerikanischen Verfassung und ganz schlichter Menschlichkeit ein „*Recht auf Glück*“ haben, ein Recht auf die Gewährleistung ihrer *Würde und Integrität als Person*.

Eine solche Haltung ist kein Ergebnis moralischer Verpflichtungen „per Gesetz“ (§ 2,1 Pflegeversicherungsgesetz) und ethischer Gebote durch Berufskodex, sondern eine solche Haltung

entfließt der „erfahrenen Ethik“ (Petzold 1994b, 1996j). In Gesprächen, Erzählungen, Begegnungen – nicht durch eine Kundenphilosophie wird ihnen eindrücklich klar, dass diese Menschen für ihre Pflege und Betreuung mit ihrer Lebensarbeitszeit bezahlt haben, mit ihrem Beitrag zur Rentenversicherung, mit ihrem Beitrag zu unserer Kultur und unserem Gemeinwesen. Das sollte die Grundlage *partnerschaftlicher Pflege* sein. Die gewachsene „Affiliation“ (Wiemann/Giles 1992, 223f) zwischen Heimbewohnern und Pflegepersonal, für die ein kommunikatives Klima notwendig ist, muss als Basis für eine humane Qualität des Umgangs und für eine gute Lebensqualität angesehen werden, in Heimen wie in Familien (Bruder 1988). Die Angemessenheit der Beziehungsgestaltung ist ausgerichtet an den Möglichkeiten und Bedürfnissen des Bewohners, Klienten oder Patienten, den Möglichkeiten des Personals und den Rahmenbedingungen der Institution oder auch Organisation. *Darum* wird es gehen, wenn von *Qualitätssicherung* gesprochen wird. Zwischenmenschliche Wertschätzung in humanen Arbeitssituationen – nicht Kundenorientierung als einseitiges, fiktives Rollenspiel – kann das sichern, worauf es im Alltag von Heimen, im Alltag der Pflege ankommt, wenn „gute Alltäglichkeit“ für alle Beteiligten gelingen soll.

8. Die Optimierung von Lebensqualität hat ihren Preis – interventive Perspektiven

Versuche, aus „*Institutionen des Allgemeinwohls*“ wirklich marktwirtschaftlich funktionierende *Organisationen* zu machen, riskieren, dass die Lebensqualität und das persönliche Glück auf der Strecke bleiben. Wenn man eine in unserem Grundgesetz festgelegte, sozialstaatliche Position engagiert vertritt, die das Wohl der Betroffenen an die erste Stelle stellt und für die *Humanität der Dienstleistung das Qualitätsmerkmal* ist, kann eine Profit-Orientierung nicht erreicht werden, und es ist – bei allen sinnvollen Bemühungen der Kostendämpfung – eine *Kostenminimierung* kaum zu realisieren. Wenn eine *Kostenoptimierung* erreicht werden soll, die *unabhängig an die „Optimierung von Lebensqualität“* als einer zweiten, bestimmenden Größe gebunden bleibt, so wird dies über die Flexibilisierung von Arbeitsmöglichkeiten geschehen. Die Delegation von Verantwortung, die Bereitstellung kreativer Gestaltungsräume für das Personal, in denen es sein organisatorisches Geschick entfalten kann, die Erweiterung der institutionellen Spielräume bietet Chancen, Ressourcen zu nutzen, Kosten einzusparen. Organisationsentwicklung, Weiterbildung und Supervision sind wichtige Interventionsmaßnahmen durch die, werden sie kompetent eingesetzt und durchgeführt, viele strukturelle Verbesserungen und eine Steigerung der *Kompetenzen* und *Performanzen* der Mitarbeiter erreicht werden können. Aber auch eine derartige Optimierung der „*human resources*“ kommt an ihre Grenzen.

„Schwere Pflege“, die für die zu Pflegenden *und* das pflegende Personal eine *humane Qualität* gewährleisten will, ist kostenintensiv und bedarf substantieller *Zuwendung* im eigentlichen Sinne dieses Wortes. Eine menschengerechte und menschenwürdige Lebensqualität von Kindern, Kranken, alten Menschen in Institutionen, die der Gemeininn eingerichtet hat, muss sich die Solidargemeinschaft etwas kosten lassen. Von diesem Prinzip kann nicht abgegangen werden. Die politisch Verantwortlichen müssen sich mit sozialpsychologischem und sozialgerontologischem Basiswissen vertraut machen, um sorgsame und fürsorgliche, sachangemessene Entscheidungen treffen zu können. Die Mitarbeiter von Institutionen in diesem Bereich als *Experten*, die ihre Arbeit seit vielen Jahren fachkompetent tun, müssen sich in gleicher Weise kritisch mit den Konzepten auseinandersetzen, die ihnen angeboten werden oder die man ih-

nen „per Richtlinie oder Anweisung“, ja per Gesetz vorgibt, besonders, wenn durch diese Vorgaben die Rechte und die *Lebensqualität* von Patienten und Klienten und die eigene *Arbeitsqualität* berührt werden. Supervisoren, Institutionsberater und Organisationsentwickler, die in diesen Bereichen arbeiten, werden sich mit dem Problemen, die aus der Vermischung von Institutions- und Organisationsaspekten, von Profit- und Non-profit-Orientierungen entstehen, herumschlagen müssen und können in ihrer Praxis nur effektiv sein, wenn sie diese beiden Konzepte differenzieren und sie nicht theoretisch und praxeologisch nivellieren.

Das Moment „struktureller Gewalt“ und „hierarchisierter Macht“ ist in Institutionen von ganz anderer Art als in Organisationen. Die Wege der Kommunikation sind festgelegt. Dienstweg und Dienstanweisung, Beamtenrecht und Beamtenstatus, Verwaltungsvorschriften und Verwaltungskontrolle (etwa durch Rechnungshöfe) lassen eine völlig andere und – sind Verkrustungen beseitigt – durchaus nicht nur als negativ und dysfunktional zu bewertende Dynamik entstehen als bei freien Verbänden und Vereinen. Supervision könnte dazu helfen „Zwitterphänomene“ aufzudecken, die Probleme von „Orga-Institutionen“ – soweit dies möglich ist – handhabbar zu machen. Ideologien wie die der „Kundenorientierung“ oder des „Total Quality Management“ wären dabei auf ihre Hintergründe und ihren Kontextbezug zu beleuchten, damit das übernommen werden kann, was brauchbar ist, und das aufgezeigt werden kann, was problematisch oder für den gegebenen Kontext unbrauchbar ist. Darum wird es gehen! Leider findet man häufig auch bei Supervisoren und Organisationsberatern ein „Mitschwimmen auf modischen Wellen“. Einführung von „Kundenorientierung“ ist für sie ein neues „Produkt“, was profitabel in den *Markt* „überforderter Institutionen“ hereinzubringen ist. Ohne die gesamte Tragweite und Implikationen für diesen „Markt“, seine Institutionen und Mitarbeiter ausreichend gesamtgesellschaftlich, sozialpolitisch, organisationssoziologisch und sozialpsychologisch reflektiert zu haben und in der Regel ohne selbst über ausreichende praktische Pflege- und geriatrische Institutionserfahrung zu verfügen, machen sich Supervisoren und OE-Berater als „Experten“ zu „Implementierungsgehilfen“, indem sie fachlich problematische und ideologisch bedenkliche „Schulungsprogramme“ oder gar Organisationsentwicklungsprojekte für Heime und das Personal, die sich auf „Kundenorientierung“ umstellen müssen, anbieten. Wir sehen die unkritische Propagierung eines *undifferenzierten* Kundenbegriffs im Krankenhaus-, Heim- und Pflegebereich durch Supervisoren in OE-Projekten, in Supervisionsgruppen nicht nur als Beispiel *unseriöser Supervision*, sondern als exemplarisch für den Kompetenzstand bzw. für *hypertrophe Kompetenzansprüche* in bestimmten Bereichen des supervisorischen Feldes. Die banale Alltagserfahrung zeigt überdies, dass Kunden keineswegs immer „König“ sind, sondern übervorteilt, ausgenommen, betrogen werden – auch von „seriösen“ Unternehmen und Firmen (Ogger 1998). Eine kritische Reflexion dieser Situation findet sich auch bei den Adepten der Kundenorientierung unter den Supervisoren nicht. Wen wundert's? Sie verkaufen ihrem „Kunden“ selbst zweifelhafte Ware.

Das *Überforderungsgefühl*, das wir als Institutionsberater, Organisationsentwickler und Supervisoren häufig beim Personal im Alten- und Pflegebereich finden, ist nach unseren Beobachtungen *nicht* in erster Linie in mangelnder *Kompetenz* (Fähigkeiten) und unzureichender *Performanz* (Fertigkeiten) zu suchen, die durch *Supervision*, Schulungen, Weiterbildungs und Institutionsberatung oder Organisationsentwicklungsprojekte beseitigt werden könnten. Es ist vielmehr eine Überforderung, die durch ein – meist nicht formulierbares – Unbehagen über die Forderungen entsteht, welche an die Institutionen und die Mitarbeiter herangetragen werden und die *so* nicht erfüllt werden können. Es entstehen „kognitive Dissonanzen“, innere Spannungszustände, und diese sind vollauf berechtigt! Sie sollten nicht „*hinwegsupervidiert*“;

sondern *verstehbar* gemacht werden, damit angemessene, kritische und kreative Lösungen gefunden werden können, mit den Möglichkeiten und Einschränkungen von Kontextbedingungen umzugehen oder Formen des Widerstandes gegen Unzumutbares – zum Wohl der Bewohner, Patienten und der Mitarbeiter in Heimwesen und Pflege.