

Der Patient als Kunde?

Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter

Martin W. Schnell

Einer geläufigen Unterscheidung zufolge, bezeichnet die Ethik den Bereich dessen, was Selbstzweck ist und um seiner selber willen getan wird, die Ökonomie hingegen die Welt der Mittel und Wertstiftung durch Tauschvorgänge. In der gesellschaftlichen Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen treten Ethik und Ökonomie zusammen auf. Öffentliche Finanzierungsengpässe und Rationierungen im Gesundheitswesen haben dazu geführt, daß die Idee des Patienten als Kunden attraktiv wurde. Der Aufsatz legt Vor- und Nachteile der Idee dar und stellt aus der Sicht Friedrich Nietzsches die verkleidete Ökonomie zur Diskussion, welche der Gerechtigkeit, als dem Vermittler zwischen Ethik und Ökonomie, innewohnt.

Schlagwörter: Patient – Kunde – Rationierung – Person – Gerechtigkeit – Ethik – Moral

Engl. The Patient as customer? Genealogical comments on a concept between ethics and economy. According to a common differentiation, ethics denote objects which are ends in themselves while economy is concerned with a value-creating market exchange which is a means to an end. In the social health care system ethics and economy are interrelated. Rationing in the health services made the idea of the patient as a customer attractive. This article examines the idea and discusses Friedrich Nietzsches notion of a hidden economy which is inherent in the concept of justice as the mediator between ethics and economy. Patient – Customer – Rationings – Person – Justice – Ethics – Morals.

Übersicht

- Der Patient als Kunde – Die Idee
- Der Patient als Kunde – die Schattenseite
- Gegensteuerung – die Gerechtigkeit
- Genealogie der Moral
- Schlußfolgerungen

Die zwischen Gesundheitsökonomie, Politik, Krankenkassen, Medizin und Pflegewissenschaft umstrittene Kennzeichnung des Patienten als einem Kunden ist offensichtlich deshalb problematisch, weil sie sich auf ein Zwitterwesen bezieht. Als Leidender ist der Patient Subjekt unserer Hilfe und Fürsorge, als Kunde ist er Verhandlungspartner in einem Zahlungsgeschäft. Ethik und Ökonomie stoßen hier aufeinander, wie nicht anders zu erwarten, im Lichte kontroverser Einschätzungen (Rieser 1998). Die Gerechtigkeit soll den Streit schlichten und am Ende selbst herrschen. Gerecht ist demnach ein vernünftiges und bezahlbares Verhältnis zwischen ethischen Anrechten und ökonomischen Pflichten. In der gesamten Debatte geht es letztlich auch um eine Utopie: das Konzept vom Patienten als Kunden löst in naher Zukunft die Probleme der Gesundheitsversorgung.

Ich möchte hierzu einige Bemerkungen aus genealogischer Sicht vortragen, die Herkunft und Verbindung von Ökonomie und Ethik in der Person des Patienten hinterfragen.

Niemand, auch nicht ein Patient, ist schlechthin ein Kunde; jemand, auch der Patient, kann aber als Kunde behandelt werden. Ein leidender Mensch ist ein Kunde, wenn die von ihm beanspruchte medizinische und pflegerische Hilfe eine Dienstleistung darstellt. Krankenhäuser, Pflegedienste und Arztpraxen sind dementsprechend auch als Unternehmen zu verstehen, die ökonomisch kalkulieren müssen. Als starke Idee ist das Patient/Kunde-Verhältnis jedoch nicht nur die neuste Version der alten Einsicht, daß die Behandlung kranker Menschen Kosten verursacht und Gewinne ermöglicht.

Der Patient als Kunde – die Idee

Aus heutiger Sicht erscheint die Auffassung, daß die ärztliche Heilkunde die höchste Form menschlicher Erkenntnis ist, wie Rudolf Virchow

vor 150 Jahren glaubte, übertrieben, ja anmaßend zu sein. Schließt sie doch unter anderem ein, daß der Arzt auch weiß, was für den Patienten das Beste ist. Von einer Mündigkeit des Patienten kann in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein. In einem weltweit beachteten Aufsatz stellte MacIntyre 1977 das Konzept vom *Patient as an Agent* vor. Um darlegen zu können, was ein mündiger Patient ist und in Ermangelung entsprechender Orientierungspunkte, verglich MacIntyre den Patienten mit einem Klienten und einem Kunden. Aus diesem Vergleich, der eigentlich aus der Not geboren wurde, ist mittlerweile eine Idee geworden: der Patient als Kunde. Die althochdeutsche Bedeutung besagt, Kunde ist, wer sich kundig gemacht hat, wem zugemutet werden kann, sich kundig zu machen, wem man eine Kunde nicht vorenthalten könne. Hervorgehoben werden sollen die positiven Eigenschaften und Möglichkeiten des Kunden: Selbstbestimmung, Autonomie der Person, Subjekt genuiner Patientenrechte, Eigenverantwortung. Rawls und ein bestimmter Utilitarismus geben diesem Konzept die Kontur. Dessen Idee

besagt: jeder Mensch sorgt möglichst früh dafür, daß er einen Behandlungsplan für den Fall der eigenen Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Alterschwäche u.ä. hat. Das Kundesein beginnt schon im Zustand der Gesundheit und nicht erst, wenn jemand unfreiwillig in ein Krankenhaus gebracht und damit ebenso unfreiwillig zum Kunden dieser Institution wird. Der Kunde holt als potentieller Patient bei Leistungsanbietern direkt oder durch Krankenkassen vermittelt Kostenvorschläge ein und entscheidet sich für das Versorgungspaket, welches er wünscht und finanzieren kann. Der Kunde wägt ab, wieviel Geld er monatlich für die spätere Versorgung einzuzahlen und wieviel er für seinen aktuellen Lebensstil auszugeben gewillt ist. Ein Kunde ist schließlich auch ein Machtfaktor. Er hat die Wahl zwischen alternativen Leistungsanbietern verschiedener Sektoren (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Heime, Kliniken, Krankenkassen), die auf einem Markt untereinander konkurrieren. Bei Nichtgefallen kann der Kunde den Anbieter wechseln oder einen Wechsel androhen. Vermutlich ist dieses Drohpotential gegenüber einem wirklichen Wechsel der größere Machtfaktor.

Der Patient als Kunde darf sich nicht nur frei, autonom und selbstbestimmt für das beste Angebot entscheiden, er muß es auch! Damit kommen wir zu den Nachteilen des Kundenbegriffs.

Der Patient als Kunde – die Schattenseite

Das Kundesein ist ein gesellschaftlicher Zwang, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Ein steigendes Angebot an Gesundheitsleistungen, steigende Begehrlichkeit bei den Patienten und steigende Finanzierungskosten bedingen sogenannte Rationierungen im Gesundheitswesen. Der Patient muß nun eigeninitiativ auf diese Situation reagieren, da sich der Staat und die öffentliche Solidargemeinschaft zunehmend aus der Verantwortung zurückziehen. Dem entspricht, daß ein Kunde im wesentlichen nicht durch Verantwortung und Solidarität definiert ist.

Weiterhin ökonomisiert der Kundenbegriff das Selbstverhältnis. Jeder ist gezwungen, sich zu fragen, was er sich wert ist, wenn er in 25 Jahren im Rollstuhl sitzen würde oder gar an das Bett gefesselt wäre. Soll ich lieber heute eine Vorsorge einrichten, für die ab jetzt 25 Jahre lang jeden Monat einzuzahlen ist oder lieber nicht? Der Kunde betrachtet sein eigenes Leben und den entsprechenden Lebensplan in Kategorien von Kosten und Nutzen.

Der Mensch plant seine eigene Krankheitskarriere; unterläßt er es jedoch, weigert er sich, Manager der eigenen Existenz zu sein, gilt er als verantwortungslos. Der Kundenbegriff verdrängt alternative ethische Muster. Der Gedanke, daß ein Mensch ein bedürftiges Wesen ist (Nussbaum 1999), das weitere Beziehungen benötigt als vertragsrechtliche, gilt schlicht als unmodern und veraltet. Indem der Patient als Kunde aufgefaßt, also durch die aktiven Eigenschaften eines Marktteilnehmers definiert wird, entfällt der eigentliche Sinn des Patientbegriffs. Ein Patient ist nämlich immer auch durch Passivität, Pathos, Leiden bestimmt und nicht zuletzt deshalb ein bedürftiges Wesen.

Gegensteuerung – die Gerechtigkeit

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist längst erkannt. Eine Gegensteuerung hat eingesetzt. Sie heißt *Ethik der Gesundheitsversorgung* und ihr Instrument ist die Gerechtigkeit. Seit der Antike antwortet die Gerechtigkeit auf die Frage, wie knappe Güter verteilt werden sollen, indem sie zeigt, daß es gerechterweise Ungleichheit/ungleiche Verteilung geben darf. Natürlich sollen nicht Mangel und Not verteidigt werden, aber auch nicht uneinlösbare Forderungen im Hinblick auf Güter, die gar nicht gleich verteilt werden können bzw. sollten. Würde ein Staat, in dem jeder Bürger tatsächlich die gleiche Macht hat, überhaupt funktionieren? Ein Wirtschaftssystem definitiv gleich Reicher ist nicht einmal wirklich denkbar. Im Sinne der 2500 Jahre alten Ansicht der Vereinbarkeit von Gerechtigkeit

und Ungleichheit geht man heute an die Probleme der Verteilung knapper bzw. verknappter Ressourcen der Gesundheitsversorgung. Es sind in den letzten 20 Jahren einige Konzepte entstanden, vor allem im Zusammenhang mit der sogenannten Liberalismus/Kommunitarismus-Debatte. Konzepte, die mittlerweile auch in relativ praxisnahe Diskussionszusammenhänge vorgedrungen sind. Betrachten wir ein Beispiel.

Der Gesundheitswissenschaftler Blum diagnostiziert den bekannten Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie, dessen Hauptursache, so Blum, eine Verteilungskrise ist, also ein Mangel an Gerechtigkeit. Das Verhältnis zwischen öffentlichem Gesundheitssystem und privatem Krankenversicherungswesen müsse neu überdacht werden, damit die Ethik eine neue Chance erhalten könne. Die Therapie ist nicht sehr originell, wichtiger ist ihr merkwürdiger Effekt. Achten wir einmal genau auf die Sprache, wenn Blum einen Aspekt seiner Utopie beschreibt: „Analog dem ‚Kundendienstmeister‘ in einer größeren Autowerkstatt muß das Gesundheitssystem ebenfalls versuchen, Diagnose und Therapie getrennter Verantwortung zu unterwerfen. Das gibt der Ethik wieder eine größere Chance gegenüber der Ökonomie. Schon ein Philosoph des Altertums,..., forderte: wer den Arm abschneidet, darf nicht entscheiden, ob er abgeschnitten werden muß.“ (Blum 1999: 7) Das Gesundheitswesen müsse einen „Wettbewerb (der) Systeme“ (Seite 6) zulassen.

Der merkwürdige Effekt betrifft die Tatsache, daß das gerecht einzurichtende Verhältnis von Ökonomie und Ethik offenbar von der Ökonomie bestimmt wird. Der Vergleich mit dem Kundendienstmeister und die Forderung nach Wettbewerb legen den Gedanken nahe, daß die Ökonomie Ökonomie doppelt auftritt: als Gegner, der mit der Ethik in einem Konflikt steht und als Schlichter des Konflikts. Ist das ein Zufall, der mangelnder Sprachsensibilität zu verdanken ist oder ein systematisches Problem? Steht die Gerechtigkeit, die eigentlich das ethische Gegengewicht zur Ökonomisierung stärken sollte, etwa mit der Ökonomie im Bunde? Daß wir

überhaupt auf diese Frage stoßen, ist nicht verwunderlich, wenn man die Sachlage aus der Sicht Friedrich Nietzsches betrachtet.

Genealogie der Moral

Der Beitrag Nietzsches zur Debatte um den Kundenbegriff in der Ethik besteht in einer Genealogie der Moral. Sie weist nach, daß Ökonomie und Ethik im Begriff der *Person*, die als Rechtsperson und moralische Person auftritt, eine Verbindung eingehen.

Die Besonderheit der Genealogie besteht in Nietzsches Versuch, nach der Herkunft der Moral zu fragen, ohne dabei die Moral schon vorauszusetzen. Nietzsche richtet sich gegen die in Europa verbreitete und unterschiedlich begründete Annahme eines an sich Guten, welches nur noch vom Menschen zu erkennen und praktisch zu verwirklichen sei. Im Gegenzug deckt die Genealogie eine innere Geschichtlichkeit der Moral auf. Ihr zufolge ist das „ursprünglichste Personen-Verhältnis“ dasjenige zwischen „Käufer und Verkäufer, Gläubiger und Schuldner“ (Nietzsche 1958, 811). Der vielschichtige, weil zwischen religiösen, ökonomischen, ethischen und rechtlichen Bestimmungsmöglichkeiten schillernde Begriff der *Schuld* stammt vom „materiellen Begriff der Schulden“ (Seite 804) ab. Das ursprünglichste Personenverhältnis ist eine Äquivalenzbeziehung: alles kann abbezahlt werden und sei es durch den „Schmerz des Schädigers“ (Seite 805). Genau das ist der „älteste und naivste Moral-Kanon der Gerechtigkeit“ (Seite 812).

Nietzsches These lautet zusammengefaßt: die Gerechtigkeit ist eine *verkleidete Ökonomie*, weil sie auf den Ausgleich eines Mangels und auf das Mehrhabenwollen aus ist. Es sind im wesentlichen zwei ethische Konzepte, die Nietzsche kritisch in den Blick nimmt und dadurch seine Ansicht belegt.

Die Ökonomie ist *erstens* das innere Prinzip der „englischen Psychologen“ (Seite 771), wie Nietzsche sagt. Er kennzeichnet damit jene hauptsächlich in der angloamerikanischen Tradition verbreitete Ansicht, daß ein empirischer „moral sense“ Grundlage der Moral sei. Heutzutage würde man von einem semantisch-

pragmatischen Zugang zur Moral sprechen (Tugendhat 1984). Demnach liegt die Bedeutung moralischer Begriffe (z.B. gut, böse) in der Art, wie wir die Begriffe in der Sprache gebrauchen (Wittgenstein 1989). Aber was heißt hier: *wir* gebrauchen, fragt Nietzsche. Wer ist dieses *Wir*? Gemeint ist damit offensichtlich eine Gemeinschaft, deren Mitglieder dieselben moralischen Meinungen teilen. Von diesen Meinungen, die sich im alltäglichen Sprachgebrauch anzeigen, behauptet Nietzsche nun, daß sie ökonomischer Denkart seien. Man achte auf den ökonomischen Beiklang folgender Formulierungen und der von ihnen bezeichneten Handlungen: *Entschuldigung; Wie kann ich das wieder gutmachen?; Höflichkeiten austauschen; Das hat viel Mühe gekostet; Sie können auf mich zählen; Rechnen Sie besser nicht damit; Dankbarkeit schulden*. Ist es nicht so, fragt Nietzsche, daß Dankbarkeit, die nicht empfunden, sondern als geschuldete Gegenleistung von einer Person wahrgenommen wird, soziale Beziehungen auf ein Geschäftsverhältnis reduzieren und damit zerstören könnte? Ein letztes Beispiel für die verkleidete Ökonomie des moralischen Sinnhaushalts. *Pay attention!* – lautet im Englischen der Ordnungsruf des Lehrers an die Adresse des unaufmerksamen Schülers. Zu deutsch: *Bezahle mit Aufmerksamkeit!*

Es ist nicht nur die empirisch ausgerichtete Moral, sondern *zweitens* auch die transzendental fundierte Ethik Kants, die Nietzsche kritisch betrachtet. Ansatzpunkt ist jetzt Kants strenge Dichotomie von Ethik und Ökonomie, begründet im Unterschied zwischen Würde und Preis. Menschliche Arbeit hat einen Preis; ihn muß bezahlen, wer jemanden für sich arbeiten lassen will. Das heißt aber nicht, daß der Mensch insgesamt eine Ware ist, derer man sich durch bare Zahlung versichern kann. Der Mensch als Person ist über jeden zu zahlenden Preis erhaben, denn er hat Würde. Somit sagt Kant, daß im Reich der Zwecke „alles entweder einen Preis oder eine Würde hat“ (Kant 1982: 68). In dieser Alternative (Preis oder Würde) zeigt sich eine strenge Dichotomie zwischen Ethik und Ökonomie. Dagegen hebt Nietzsche hervor, daß das Personsein des Menschen Produkt einer gewaltsamen

Verinnerlichung von Schuld und Fremdzwang sei, wie auch Freud und Elias in der Nachfolge Nietzsches zu zeigen versuchten. Spuren dieser Herkunft haften noch der ausgewachsenen Person an. „Der kategorische Imperativ riecht nach Grausamkeit.“ (Nietzsche 1958, 806)

Der empirischen Moraltheorie wirft Nietzsche vor, gar nicht zu bemerken, daß sie von einer ökonomisch infizierten Moral ausgeht, der kantischen Ethik hingegen, daß die Auffassung, Ethik lasse sich komplett aus der Ökonomie heraushalten, illusorisch sei.

Schlußfolgerungen

Der Patient als Kunde ist ein ethisch-ökonomischer Zwitter. Das gilt auch für den Begriff der Person, der moralisch, rechtlich, politisch und auch ethisch als unverdächtig gilt und mit dem Begriff des Patienten zunächst nichts zu tun hat.

Es gibt keine autonome und keine unparteiliche Gerechtigkeitsmoral. Die Angleichung der Gesundheitsversorgung an das Zahlungsgeschäft ist der Preis für die unverzichtbare Suche nach gerechter Gesundheitsversorgung. Es ist nicht verwunderlich, daß eine Gerechtigkeit, der man noch anmerkt, daß sie mit dem Grundsatz, „alles ist abzählbar, alles muß abbezahlt werden, an hob“ (Seite 814), sowohl das Vorhandensein von Ungleichheit als auch von Verlierern, die im Zahlungsgeschäft unterlegen sind, bejaht. Somit bleibt der Verdacht, daß immer jemand im Namen der Gerechtigkeit ungerecht behandelt werden wird.

Man muß diese Schlußfolgerungen nicht akzeptieren, doch was wäre die Alternative? Der Nachweis, daß es wirklich vernünftige und auch im Hinblick auf Rationierungen über jeden Zweifel erhabene Verteilungen von Gütern der Gesundheitsversorgung geben könne. Er käme einem Wunder gleich.

Dr. phil. Martin W. Schnell

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten-Herdecke
Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Literatur

Blum, R. (1999): Ökonomie und Ethik im Gesundheitswesen, in: Gesundheitswesen (61/1999, 1-7).

Kant, I. (1982): Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Frankfurt/M.

MacIntyre, A. (1977): Patients as Agents, in: Spicker, S.F./Engelhardt, H.T. (eds.) (1977):

Philosophical Medical Ethics, Dordrecht, 197-212.

Nietzsche, F. (1887): Genealogie der Moral, in: ders. (1958): Werke Bd. II [Hrsg. K. Schlechta], Stuttgart/Zürich/Salzburg.

Nussbaum, M.C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben, Frankfurt/M.

Rieser, S. (1998): Der Patient als Kunde: Irrweg oder Chance?, in: Dt. Ärzteblatt (44/1998, C-1952-1953).

Tugendhat, E. (1984): Probleme der Ethik, Stuttgart.

Wittgenstein, L. (1989): Vortrag über Ethik und andere kleine Schriften, Frankfurt/M.

Für ihre Unterstützung danke ich S. Schnell und S. Bosch.

Buchrezensionen:

Fischer, Wolfram. Die Bedeutung von Pflegediagnosen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. Z/I/M-Verlag, Wolfertswil 1999 43 Seiten, Broschüre geheftet, DM 10 (ISBN 3-9521232-4-2)

Stefan, Harald; Franz Allmer et al. Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien/New York 1999. 557 Seiten, kartoniert, DM 98 (ISBN 3-211-83244-0)

(JM) Das Thema Pflegediagnosen steht zu Recht im Zentrum der pflegewissenschaftlichen Diskussion. Aus der Vielzahl der Veröffentlichungen der letzten Zeit seien heute zwei vorgestellt. Der Schweizer Gesundheitsökonom und Gesundheitsstatistiker Wolfram Fischer hat zur Diskussion um Pflegediagnosen Interessantes beizutragen. Fischer plädiert dafür, dass die seit 1998 in der Schweiz verbindlich vorgeschriebenen Minimaldatensätze von Krankenhäusern, die momentan nur ärztliche und administrative Daten enthalten, ergänzt werden sollten und überprüft in diesem Zusammenhang die Relevanz von Pflegediagnosen. Handelt es sich bei Pflegediagnosen um relevante Informationen, welche die Pflege in ökonomische Diskussion einbringen kann? Dieser Frage fügt er eine zweite hinzu: Gibt es bereits Begriffssysteme für Pflegediagnosen, die so weit entwickelt sind, dass sie als allgemein anerkannte Standards eingesetzt werden könnten?

In der vorliegenden Studie wird insbesondere die erste Frage vertieft: Welche Informationen der Pflege sind nützlich und notwendig, um ökonomische Fragestellungen beantworten zu können? Seine abschließenden Empfehlungen an die Pflege seien hier zitiert (S. 39 f):

„1. *Standardisierung und allgemeine Anerkennung:* Die NANDA-Diagnosen wurden zwar übersetzt, sind aber z.T. noch umstritten; das Omaha-System und die

Home Health Care Classification (HHCC) beziehen sich primär auf die Gemeindefrankenpflege; das ICNP-Projekt befindet sich noch in Entwicklung. Eine deutsche Übersetzung ist vorhanden (Mortenson, ICNP, www.icn.ch/icnp.htm), bedarf aber noch der Überarbeitung. Auch ist zu überprüfen, ob die Konzepte von Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeergebnissen als Konzepte, die den aktuellen, den angestrebten und den erreichten Gesundheitszustand beschreiben, nicht mit einem einzigen Begriffssystem abgedeckt werden könnten. Um Pflegediagnosen gesundheitsstatistisch und gesundheitsökonomisch wirksam einsetzen zu können, ist ein allgemein anerkanntes Begriffssystem vonnöten.

2. *Berufsübergreifende Systeme:*

Systeme der Pflege sind systematisch mit berufsübergreifenden Systemen (ICIDH-2, evtl. ICD) zu vergleichen und abzustimmen.

3. *Einsatz im Pflegealltag:* Die Deklaration von Pflegediagnosen und Pflegezielen wird dann glaubwürdig, wenn sie als fester Bestandteil zum pflegerischen Alltag gehören. Entscheidend ist, dass die Zusammenfassung der Befunde zu Diagnosen als ein wesentlicher Schritt im Behandlungsprozess betrachtet wird. – Die Codierung der Aussagen der Pflege muss nicht primär erfolgen. Als tägliches Instrument für AnwenderInnen von EDV-Applikationen dienen Texte; Codes sind zweitrangig. Sie müssen aber – zumindest im Hintergrund der Applikationen – generiert werden, damit sie zur Verfügung stehen, um Patientendaten zum Nachschlagen, für Forschungen und für statistische und ökonomische Auswertungen verwenden zu können. Das gilt im Übrigen für ärztliche Diagnosen genau gleich wie für Pflegediagnosen.

4. *Aggregationsverfahren:* Des Öfteren begegnet man Hinweisen, dass Pflegediag-

nosen bei einem Patienten täglich wechseln können. Ebenso können die Pflegeleistungen von Tag zu Tag anders anfallen. Dadurch wird die Datenmenge sehr umfangreich. Für statistische und ökonomische Auswertungen ist es entscheidend, dass die Daten in geeigneter Form aggregiert werden können. Ein Seitenblick auf ärztliche Diagnosen und Prozeduren zeigt, dass es dort gelang, im Minimaldatensatz die Probleme und die Maßnahmen zu einigen wenigen Informationen zusammenzufassen, die den Fall beschreiben. Ich frage mich, wie entsprechende Aussagen der Pflege lauten würden. Bestimmt ist zu trennen zwischen konstanten (chronischen) Grundproblemen (z.B. eingeschränkte Hörfähigkeiten, veränderte Denkprozesse, Selbstpflegedefizit beim Waschen infolge veränderter Denkprozesse) und vorübergehenden akuten Problemen (z.B. Verwirrtheit infolge eines Einbruchs in der Wohnung der Patientin, Selbstpflegedefizit beim Essen infolge einer Augenoperation). Gesucht sind geeignete Aggregationsmechanismen auf begrifflicher Ebene oder mittels Algorithmen.

5. *Studien zur Kostenrelevanz:* Nicht zuletzt möchte ich Sie aufrufen: Treiben Sie Studien voran, welche die Zusammenhänge zwischen Pflegediagnosen, Pflegezielen und Pflegeleistungen aufzeigen! Legen Sie dar, welche Aussagen der Pflege in gesundheitsökonomische Überlegungen und Entscheide miteinbezogen werden müssen, da sie kostenrelevant sind.“

Fischers kritische und doch zugleich konstruktive Analyse sollte meines Erachtens von den Diskutanten aus der Pflege unbedingt zur Kenntnis genommen werden.

Ein ganz anderes Werk als Fischer haben Stefan, Allmer et al vorgelegt. Die beiden Hauptautoren sind – ebenso wie ihre acht MitstreiterInnen – in leitender oder lehrender Funktion in Wiener Kran-