

Wir brauchen konkrete Utopien

Die Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens

von Norbert Schmacke

Entstaatlichung des Gesundheitswesens und der Glaube an Marktgesetze machen noch kein gesundheitspolitisches (Reform-)Konzept. Norbert Schmacke erinnert an die Wichtigkeit des Sozialstaates für gleiche Gesundheitschancen, schildert die Möglichkeiten der Gesundheitswissenschaften, in die Debatte einzugreifen, und entwirft Perspektiven des öffentlichen Gesundheitswesens.

Die Gesundheitssysteme in Europa sind seit den achtziger Jahren ins Gerede gekommen. Dabei stellte der Thatcherismus wie kein anderer politischer Ansatz die Legitimität staatlicher Gesundheitsplanung in Frage und predigte Deregulierung und Privatisierung. Der Zusammenbruch der sozialistischen Länder verschaffte dieser politischen Entwicklung massiven Rückenwind. Mit der Präsidentschaft von Bill Clinton erhielten umgekehrt die Gesundheitsreformer in den USA – angeführt von Hillary Clinton – für kurze Zeit eine neue Chance, dort bewährte europäische Elemente von staatlicher Steuerung und sozialrechtlicher Absicherung bei Krankheit für alle einzuführen – bis auf weiteres ohne jede Realisierungschance, wie heute angesichts des Übergewichts des republikanischen Lagers festgestellt werden muß. In Deutschland scheint es gegenwärtig möglich, Grundfesten der solidarischen Krankenversicherung und des sozialen Rechtsstaates ins Wanken zu bringen. Die Überschätzung der Leistungsfähigkeit von Marktmechanismen im Gesundheitswesen trifft sich dabei mit der Verlagerung von staatlicher Kompetenz auf die Ebene der Selbstverwaltung. Angesichts leerer Kassen der öffentlichen Hand sieht dies zunächst einmal mehr wie eine Notbremung als wie ein Reformkonzept aus. Die Akteure der niedergelassenen Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Kassen sollen die Verteilungskämpfe weitestgehend ohne Einschaltung des Staates

austragen; dieser betritt erst die Bühne, wenn die „Einigung in Selbstverwaltung“ für die Bevölkerung kein verträgliches Ergebnis zeigt. Entstaatlichung ist gegenwärtig populär; ein zukunftsweisendes Konzept ist damit noch nicht auf der Tagesordnung.

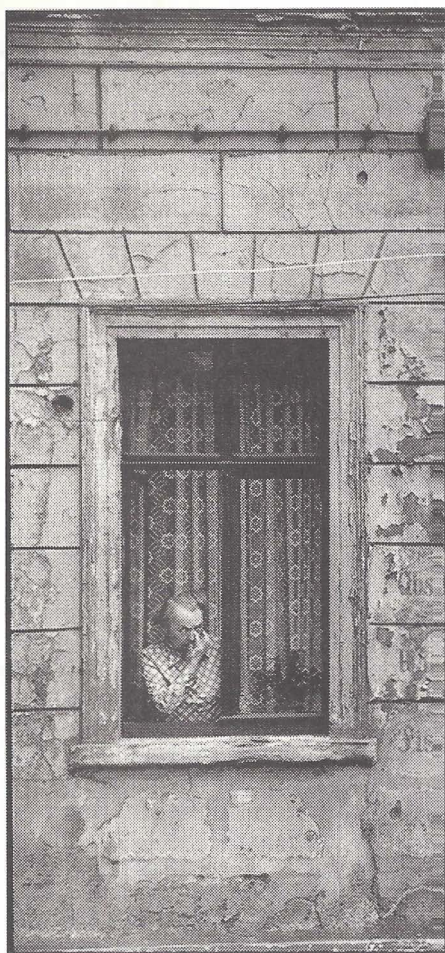
Public Health als Rätsellöser?

Erstmals hat sich im Nachkriegs-Deutschland seit wenigen Jahren wieder eine interdisziplinär zusammengesetzte Gesundheitswissenschaft auf universitärer Ebene etabliert. Ihr Erscheinen auf der Akteurebene ist mit hohen Erwartungen verknüpft: Ressourcenbedarf und -verteilung sollen rationaler als bisher ermittelt, das Nachdenken über die eigentlichen Ursachen für Gesundheit und Krankheit nicht dem gesunden Menschenverstand, sondern wissenschaftlicher Expertise zugeordnet werden. Eine der wichtigen Aufgaben von Public Health-Forschung und -Politikberatung sollte die Einleitung eines Diskurses zu der Frage sein, ob wir tatsächlich in Deutschland von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen sprechen müssen oder ob die Ausgaben für Kuration, gemessen am Bruttosozialprodukt, nicht erstaunlich konstant geblieben und bei einer Marge um die neun Prozent volkswirtschaftlich gut angesiedelt sind. Unstrittig ist demgegenüber nach der Literaturlage, daß die Leistungsfähigkeit der kurativen Medizin oberhalb einer bestimmten Angebotsdichte nicht mehr in ei-

nem vernünftigen Umfang zunimmt, daß parallel aber mit erheblichen „unerwünschten“ Wirkungen gerechnet werden muß (Iatrogenesis/Medikalisierung). Es ist deshalb dringend angeraten, die Verteilung der Gesamtmittel zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege immer wieder auf den Prüfstand zu stellen. Ein „Mehr vom selben“ ist insbesondere für die Behandlung der chronischen Krankheiten und der psychomentalen Störungen wenig hilfreich. Dies wird weithin noch falsch eingeschätzt, wobei bewährte Bewältigungsverfahren für diese „neue Morbidität“ längst bekannt sind. Wenig wird gleichzeitig dadurch bewegt, daß Politik, Öffentlichkeit und Medien sich auf die herzlose Apparatemedizin eingeschossen haben, die, bezogen auf eine Vielzahl akuter Gesundheitsprobleme, so wirksam ist wie nie. Auch alte und hochbetagte Menschen werden immer wieder von Fortschritten der naturwissenschaftlich geprägten Medizin profitieren, wo dies heute noch für unmöglich gehalten wird. Vorsicht ist deshalb geboten, wenn Patentrezepte gehandelt werden wie die blumige Floskel von der ganzheitlichen Medizin.

Die Vermischung der Ebenen

In der Debatte um die Krise des Gesundheitswesens werden in der Regel unterschiedliche Ebenen und Systeme miteinander vermengt, weil nicht nach differenzierten Antworten ge-



sucht wird, sondern ein beschworenes Problem („Kostenexplosion“) vom Tisch soll. Einige Beispiele für die Verwirrung in den Köpfen:

- Wirtschaftliches Handeln durch klugen Einsatz der Kriterien von Effektivität und Effizienz wird verwechselt mit der möglichst weitgehenden Übernahme der Marktgesetze für das kurative Gesundheitswesen. Es ist schwer zu verstehen, wie die harten Verfechter dieser Linie ernsthaft glauben können, der Markt könne es richten, wo es um das Produkt Gesundheit geht. Der Blick in die USA sollte genügen, um zu zeigen, daß die reine Marktöffnung zu einem überproportionalen Anwachsen der Gesamtkosten bei einem extremen Ansteigen der internen Verwaltungskosten führt, und dies bei Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen von einer angemessenen Basisversorgung. Zugleich wird bei einer verengten gesundheitsökonomischen Betrachtung verkannt, daß gut entwickelte Systeme von Erziehung, Bildung, Gesundheitsversorgung und sozialer Unterstützung Schlüsselemente für eine innovative Volkswirtschaft darstellen. Die „postindustrielle“ Gesellschaft kann auf diese zweite Ebene der Wirtschaftsentwicklung nicht verzichten, ohne sich den Boden unter den Füßen wegzuziehen.

- Der Einfluß des kurativen Gesundheitswesens auf den Gesundheitszustand der Bevöl-

kerung wird in Politik, Öffentlichkeit, aber auch bei vielen Akteuren des Krankenversorgungssystems erheblich überschätzt. Wo von Gesundheit die Rede ist, wird der Reflex „Gesundheitswesen und ärztliche Heilkunde“ ausgelöst. Dies ist ein vermutlich nur schwer zu behebender Nebeneffekt des gut ausgebauten kurativen Systems, das Zuständigkeiten weit über seine Möglichkeiten hinaus beansprucht. Die Gesundheitswissenschaften zeigen, daß mit der Verteilung von Sozialstatus, Einkommen, Bildung und Partizipationschancen für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung die entscheidenden Weichen gestellt werden. Die moderne Sozialepidemiologie kann diese Zusammenhänge, die der Sozialmedizin stets vertraut waren, heute weithin empirisch gesichert darstellen. Gesundheitsförderung ist demzufolge nicht in erster Linie eine „Fachdisziplin“ des Gesundheitswesens, sondern ein sozialer Prozeß, der überwiegend in den Bereichen der Arbeitswelt, im Erziehungs- und Bildungssystem und in der Freizeitphase zu organisieren ist. Der millionenfache Ausschluß vom Erwerbsleben ist für ein Land wie Deutschland die größte Gesundheitsgefahr.

- Nachdem lange Zeit in der Bundesrepublik Deutschland wie auch in Skandinavien und in vergleichbaren Ländern der Sozialstaat als wichtiger Garant für gleiche Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitschancen galt, wird heute die notwendige Modernisierung staatlicher Strukturen mit der Demontage des Sozialstaats gleichgesetzt. Daß die staatlichen Aufgaben und das System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr im gewohnten Umfang finanzierbar sein sollen, wird vielfach unkritisch übernommen, ohne die Gesamtsummen noch im Auge zu haben, die in den verschiedenen Sektoren der Volkswirtschaft umgeschlagen und unterschlagen werden. Die „soziale Verpflichtung des Eigentums“ taucht in den Debatten um den Umbau des Sozialstaates in der Regel nicht mehr auf.

Aufgaben für Public Health

Universitäre Public Health-Forschung kann auf drei Ebenen dazu beitragen, daß die Sackgassen-Debatten nicht überhand nehmen:

- Es muß der Regelfall werden, daß die Leistungen des kurativen Systems mit der Meßlatte der Qualität, der Effektivität und Effizienz untersucht werden. Auch wenn hierbei nicht nur die berühmten randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zum Einsatz kommen können, wäre es verdienstvoll, auch in Deutschland dem Vorbild Englands folgend, Cochrane-Zentren bzw. -Verbundsysteme zu entwickeln: Cochrane als Begründer der RCT-Methodik hatte viele der Qualitätssicherungs-Instrumente bereits vor über zwanzig Jahren beschrieben – und das kurative System hat sie zu lange hartnäckig ignoriert. Auch die Prävention muß sich stärker als bisher fragen lassen, ob ihre Ansätze gut begründet sind. Mit dem Generalmotto „Prä-

vention ist billiger als Heilen“ sollte es nicht mehr getan sein. Gleichzeitig sollte sich als wirksam erweisende Prävention nicht länger darauf einlassen, einen unmittelbaren ökonomischen Nutzen beweisen zu wollen. Prävention wird über alle denkbaren Einsatzfelder hinweg kaum zu Kosteneinsparungen führen. Wie Geoffrey Rose zugespitzt formuliert hat: „Es ist besser gesund als krank oder tot zu sein. Das ist das A und O des einzig treffenden Arguments für Präventivmedizin. Dieses Argument reicht aus.“ Die wissenschaftlich untermauerte Erfahrung lehrt, daß der Beitrag der Individualmedizin dabei bis auf wenige Beispiele gering ist und daß Verhältnisprävention der Verhaltensprävention überlegen ist.

- Als dauernde Herausforderung muß die Frage gestellt werden, wo Gesundheit durch soziale Verhältnisse bestimmt wird und wo ungleiche Gesundheitschancen ebenfalls am ehesten durch Einflußnahme auf das soziale Leben, durch Arbeits-, Bildungs- und Einkommenspolitik abgebaut werden können. Innerhalb des professionellen Gesundheitswesens ist eine Meßlatte für diese Frage, inwieweit Verhältnisprävention in Forschung, Lehre und bei Interventionsstudien eine Chance hat oder ob Präventiv-, Arbeits- und Umweltmedizin letztlich auf die individualmedizinische Schiene reduziert bleiben. Wir brauchen viele Beispiele „gegengendenzieller“ Prävention, die nicht am Individuum oder einzelnen sogenannten Risikofaktoren orientiert ist. Gemeint sind Interventionsstudien, wie die von Weikart vorgestellte Perry Preschool Study, bei der über einen Zeitraum von über fünfzehn Jahren für Kinder mit extrem schlechten sozialen Ausgangsbedingungen in nordamerikanischen Großstädten gezeigt wurde, daß gute erzieherische Angebote im Vorschulalter die späteren Bildungs- und Berufschancen und die allgemeine soziale Kompetenz verbessern, die Kriminalitätsraten und die Zahl unerwünschter Schwangerschaften senken und insgesamt ein selbstbestimmteres, weniger auf Sozialhilfe angewiesenes Leben ermöglichen. Nicht diese Ergebnisse sind überraschend, sondern die Tatsache, daß derartige Ansätze nicht systematisch genutzt werden. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Frage,

- was zur Entwicklung wirksamer Gesundheitsförderungs-Ansätze getan werden kann. Dies betrifft alle genannten gesellschaftlichen Bereiche, unter anderem auch das Gesundheitswesen. Es könnte sinnvoll sein, parallel zu Cochrane-Zentren in Erinnerung an den verstorbenen Salutogenese-Forscher Antonovsky-Zentren zu gründen, die sich vornehmen, Gesundheitsförderung aus der Experten-Ecke herauszuholen und zu einer neuen Maxime gesundheitspolitischen Handelns zu machen. Man stelle sich vor, die Steuerreformdebatte würde um den Ansatz bereichert, daß Betriebe, die ein wirksames Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung praktizieren oder die sich um den Abbau der Arbeitslosigkeit in ihrer Region verdient ge-

macht haben, mit Steuerabschlägen belohnt werden. Es müßte keine Utopie bleiben, die Idee der betrieblichen Mitbestimmung im Licht der Gesundheitsförderung neu zu verankern. Solange die Arbeitsmarktsituation sich weiter dramatisch zuspitzt und die Kommunen als zweiter entscheidender Ort für Gesundheitsförderung ökonomisch ausbluten, wird freilich das meiste von dem reine Absichtserklärung bleiben, was nach allen Erkenntnissen der Forschung präventiv und rehabilitativ wirksam eingesetzt werden könnte.

Die Zukunftsaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Es war bis vor kurzem weitgehend in Vergessenheit geraten, daß Deutschland vor der völligen Vereinnahmung der Sozialmedizin durch die NS-Rassenhygiene über eine zwar in sich keinesfalls widerspruchsfreie, aber durchaus bemerkenswerte Tradition an „Gesundheitspolizey“ im Sinne Johann Peter Franks und kommunaler Gesundheitsfürsorge im Sinne Alfred Gottsteins verfügte. Manches von dem, was heute Gesundheitsförderung und Umwelthygiene, Sozialpädiatrie und Sozialpsychiatrie genannt wird, war in der Blütephase der deutschen Sozialmedizin in der Weimarer Republik bereits theoretisch entwickelt und exemplarisch realisiert. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) war durch die Zwangssterilisationen und die obrigkeitstaatliche Ausrichtung der Gesundheitsämter in der NS-Zeit bis weit in die Ära der BRD hinein diskreditiert; die Standespolitik der Ärzteschaft nutzte diese historische Hypothek geschickt zur Festigung ihrer Besitzstände und reklamierte nun nach der Vorsorgemedizin auch noch die gesamte Prävention für die Kassenärzte. Der ÖGD verarmte an klugen Köpfen und vermochte dann nach Überwinden der größten hygienischen Mißstände der Nachkriegszeit nicht, ein eigenes Selbstverständnis aufzubauen. So stand der ÖGD auch der Risikofaktorenmedizin hilflos gegenüber, anstatt frühzeitig auf die engen Grenzen der Verhaltensprävention und der konventionellen Gesundheitserziehung aufmerksam zu machen. Erst seit den achtziger Jahren findet sich wieder vermehrt Interesse an der Gestaltung öffentlicher Gesundheit in den Ministerien, Dezernaten und vielen Gesundheitsämtern. Letztere haben mancherorts inzwischen kompetente multiprofessionell strukturierte Arbeitsansätze entwickelt, die sowohl wichtige klassische Felder des vorbeugenden Gesundheitsschutzes fortschreiben wie neuere Ansätze der Gesundheitsförderung aufnehmen. Wenn nicht die neue kommunale Armut diese innere Reform des ÖGD in den nächsten Jahren zerstört, erscheinen insbesondere folgende Arbeitsschwerpunkte für den ÖGD zukunfts-trächtig:

- die Verknüpfung von sozialkompensatorischen Angeboten mit Systemberatung in Ge-

meinschaftseinrichtungen für Kinder und Erwachsene (Kindertagesheime, Schulen, Übergangswohnheime für Zuwanderer);

- die Thematisierung von Versorgungsdefiziten im ambulanten Bereich und – wo geboten – die dauerhafte oder vorübergehende Übernahme von teils stundenorientierten, teils aufsuchenden Hilfen (Sozialpsychiatrischer Dienst, Angebote für Obdachlose, sogenannte Randgruppenmedizin generell);

- die Beteiligung am gesundheitlichen Verbraucherschutz in den Feldern Hygiene, Umwelt und Ernährung;

- die Beteiligung an Partnerschafts- und Sexualberatung in der Kommune (Schwerpunkte: sexuell übertragbare Erkrankungen und Aids);

- die integrierte Wahrnehmung der Arbeitsansätze Gesundheitsberichterstattung und kommunale Gesundheitsförderung. Dabei könnten die Gesundheitsämter zu Foren und Drehscheiben von Planungs- und Steuerungsprozessen in der Kommune werden, pathetisch formuliert: das gesundheitliche Gewissen der Kommune sein und alle wichtigen Partner über geeignet konstruierte Gesundheitskonferenzen und Projektgruppen zusammenbringen. Dies hätte nichts mehr mit dem Allzuständigkeitsanspruch vergangener Tage zu tun, aber viel mit der kommunalen Verpflichtung, die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen im Auge zu haben, insbesondere derjenigen, die nicht wegen guter Bildung und gesicherter sozialer Lage ihren Weg durch das Gestrüpp sozialer und gesundheitlicher Anfeindungen finden.

Psychosomatik und Selbsthilfeförderung

Der Ansatz von Cochrane („all effective treatment should be free“) kann nun nicht so umgesetzt werden, daß den Patienten vorgesetzt wird, was gut und was schlecht für sie ist, ohne sie aktiv über Aufklärung und Beteiligung einzubinden. Gerade für die chronischen Krankheitsverläufe, bei denen Heilung im engeren Sinne nicht erreichbar ist, beweist sich die Bedeutung einer guten Kommunikation zwischen „Heilkundigen“ und ihren Patienten. Für einzelne Krankheitsbilder ist inzwischen belegt, daß nicht nur eine weniger angstbesetzte Verarbeitung gravierender Diagnosen über die Stärkung von Selbsthilfepotentialen und gute Kommunikation ermöglicht wird, sondern daß Krankheitsverläufe durch psychosomatische Arbeitsweisen und autoritätsärmere Strukturen in Arztpraxis und Krankenhaus unmittelbar positiv beeinflusst werden können. Psychosomatik muß mit anderen Worten zum Grundinventar der Medizin werden und darf nicht weiter eine Rand- bzw. Alibirolle spielen. Aktivierung von Selbstheilungskräften und gesellschaftliche Förderung von Selbsthilfegruppen müssen fester Bestandteil der Versorgungslandschaft und des Denkens werden. Hier haben die Bür-

gerrechts- und die Frauenbewegung seit den achtziger Jahren neue Impulse gesetzt. Gekoppelt mit der Qualitätssicherungs-Debatte kann eine neue Gegenmacht zu den erstarrten Strukturen entstehen. Dann wird es auch am ehesten gelingen, die Scharlatane unter den sogenannten alternativen Heilern brotlos zu machen und mit Patienten über Qualitätsgesichtspunkte im System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu reden, ohne daß sie in Sorge sein müssen, man wolle ihnen einmal wieder wirksame Behandlung vorenthalten.

Der allmächtige oder der kompetente Arzt?

Ein Blick in die Zukunft des Gesundheitswesens führt natürlich nicht an der Ärzteschaft vorbei. Wie kann sie den Anforderungen gerecht werden? Es wird Zeit für ein realistisches Arztbild. Die „Kritische Medizin“ der sechziger Jahre hatte völlig zu Recht die einseitig naturwissenschaftliche Ausrichtung der Schulmedizin kritisiert und dieser den Vorwurf gemacht, sie degradiere den Patienten zum Objekt. Große Erwartungen wurden in die Reform der Approbationsordnung mit der Einrichtung der psychosozialen Grundlagenfächer gesetzt. Auch damals ging es im Grunde um die alte Forderung nach einer sozialen Medizin. Das erforderliche Umdenken in der Ausbildung aber hat nicht stattgefunden. Psychologie, Soziologie, Ökologie, Psychosomatik, Präventiv- und Arbeitsmedizin, neuerdings Public Health oder Umweltmedizin, werden in Aus-, Fort- und Weiterbildung an die unverändert dominierende klassische Schulmedizin angefügt und in weiten Bereichen von ihr inzwischen sogar vereinnahmt. Alle Ansätze führen im Zweifelsfall zurück zur Schlüsselstellung des Arztes. Zwei Fragen müssen beantwortet werden: Warum sollen Medizinstudenten zu Multitalenten ausgebildet werden anstatt zu kooperationsfähigen Partnern, die gelernt haben, problemorientiert zu denken und interdisziplinär zu agieren? Und warum beanspruchen Ärzte in der Regel nach wie vor die Führungsrolle in allen diagnostischen und therapeutischen wie gestalterischen Prozessen, anstatt Psychologie, Sozialpädagogik und Pflege als weitere unabdingbare Säulen erfolgreicher Diagnostik und Behandlung zu begreifen? Die Patienten würden diese Art von neuer Bescheidenheit und Souveränität begrüßen. Ärzte könnten sich im Arbeitsalltag stärker darauf konzentrieren, was ihr eigentliches Geschäft ist. Voraussetzungen hierfür wären eine wirkliche Reform der ärztlichen Ausbildung und eine deutliche Aufwertung der Lehre an den Universitäten.

Die Gesundheitswissenschaften können viel dazu beitragen, das Profil der verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens von seiten der Kompetenz der Akteure und der Akzeptanz in der Bevölkerung deutlicher als bisher zu formulieren.



Foto: Arn von der Osten-Sacken / JOKER, Bonn

Der Markt wird's schon richten? Demontage des Sozialstaates wird heute mit Modernisierung staatlicher Strukturen verwechselt.

Krise als Chance?

Die vielbeschworene Krise des Gesundheitswesens muß, so das Resümee, zuerst entmystifiziert werden, da das Starren auf die vermeintliche Kostenexplosion inzwischen Denkblockaden erzeugt. Und die tatsächlich vorhandene Identitätskrise kann im günstigen Falle genutzt werden für eine Besinnung über den Zusammenhang von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und gesundheitlicher Lage der Bevölkerung, über das Verhältnis von primärer Prävention und kurativer Medizin, über die Rollenverteilung innerhalb des Gesundheitswesens und last not least über die Schaffung einer patientenorientierten Medizin, die von den Höchstleistungen der naturwissenschaftlich-technischen Forschung profitiert und zugleich den Dialog mit dem Patienten zum Ausgangs- und Endpunkt ihres Handelns macht.

Norbert Schmacke,
geb. 1948, Sozialmediziner,
Leiter der Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf

LITERATUR

- Antonovsky A.: Unraveling the Mystery of Health. San Francisco: Jossey-Bass 1987.
- Benzeval, M., Judge, K., Whitehead, M.: Tackling Inequalities in Health. An agenda for action. London: King's Fund 1995.
- Braun, J., Kasemann, E., Kettler, U.: Selbsthilfeförderung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen. Förderpraxis in den neuen Bundesländern und Empfehlungen zur Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen. (Modellvorhaben des Bundesministeriums für Familie und Senioren). Stuttgart: Kohlhammer 1994.
- Cochrane, A.L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. Abingdon: Burgess & Son 1973.
- Daedalus (J Am Acad Arts and Sc). Health and Wealth. Fall 1994. S. 123.
- Dunt, D.R., Crowley St., Day, N.A.: Is Prevention really better than Cure? Parameters for the Debate and Implications for Program Evaluation Design. Health Promotion Intern 1995 (10. Jg.), S. 325-334.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, Th.R.: Why are Some People Healthy and Others not? The Determinants of Health and Populations. New York: Walter de Gruyter 1994.
- Memorandum Public Health an den Universitäten und öffentlichen Gesundheitsdienst. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Gesundh.-Wes. 1995 (57. Jg.), S. 497-498.
- Reiser, St.J.: The Era of the Patient. Using the Experience of Illness in Shaping the Missions of Health Care. JAMA 1993 (269. Jg.), S. 1012-1017.
- Rose, G.: The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press 1992.
- Sagan, L.: Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek: Rowohlt 1992.
- Schmacke, N.: „Lean Management“ ist ein falsches Rezept. Gesundheit – ein normales Produkt der Warengesellschaft? Südd. Zeitung vom 4. Januar 1996.
- Uexküll, Th. von: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart/New York: Schattauer 1994.
- Weikart, D.P.: Early Childhood Education and Primary Prevention. Prevention in Human Services 1989 (6. Jg.), S. 285-306.