

Beziehungen zwischen Wirtschaft, Gesundheitswesen und Gesundheit

Anmerkungen zu einem gesundheitsökonomischen Ausbildungsmodul
der Weltgesundheitsorganisation

Prof. Dr. Detlef Schwefel

MEDIS Institut für medizinische Informatik und Systemforschung der GSF, Ingolstädter Landstr 1, D - 8042
Neuherberg

Veröffentlicht in : Alfred Keck, Varinia Mros (Ed.),
Beiträge aus dem Pilotseminar zur Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsökonomie – Erfahrungen
und weitere Entwicklung, Teil 1. Berlin (Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR) 1989, pp 58-75

Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen Gesellschaft, Wirtschaft, Gesundheitswesen und Gesundheit sind mancherorts zu lange Zeit zu wenig beachtet worden. Die Entwicklung und Erprobung von gesundheitsökonomischen Ausbildungsmodulen ist deswegen eine besonders verdienstvolle Tätigkeit des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (World Health Organization 1987). Meine Anmerkungen zum ersten Modul der WHO - die Beziehungen zwischen Gesundheit und Wirtschaft (Engleman 1987) - gründen auf meinen Erfahrungen

- als Berater der WHO bei der Entwicklung dieser Ausbildungsmodule,
- als Leiter des WHO-Kollaborationszentrums für Gesundheitsplanung und Gesundheitsökonomie (van Eimeren 1988),
- als Veranstalter eines vergleichbaren Pilotseminars über Ausbildung und Fortbildung in Gesundheitsökonomie 1986 in München (Schwefel 1987a),
- vor allem aber als Person und Sozialwissenschaftler mit eigenen Zielen, Erfahrungen und Urteilen.

Vor diesem Hintergrund möchte ich (1) die sechs wesentlichen Grundfragen skizzieren, (2) Beispiele für ihre Relevanz in der Ersten, Zweiten und Dritten Welt geben, um schließlich (3) zu den auf diesem Pilotseminar für die Deutsche Demokratische Republik vorgeschlagenen Lehreinheiten Stellung zu nehmen.

1. Grundfragen

Die Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit(swesen) enthalten sechs Grundfragen.

Wirtschaft und Gesundheit: Es gibt nicht nur genetische Einflüsse und Einflüsse der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit, sondern auch (indirekte) Einflüsse von Struktur und Entwicklung der Wirtschaft und somit auch der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Diesen Einflüssen nachzugehen ist eine Aufgabe einer breit verstandenen Sozial- und Wirtschaftsätiologie.

Gesundheit und Wirtschaft: Gesundheit ist ein wichtiger Produktionsfaktor. Leistungen für die Gesundheit sind nicht bloß Konsumtion, sie sind auch Investition. Sie schaffen die notwendige Voraussetzung für den Wirtschaftsprozeß. Im Kulturkreis westlicher Theorien versucht das Konzept des Humankapitals, diese Beziehungen zu verdeutlichen.

Wirtschaft und Gesundheitswesen: Die Wirtschaft - d.h. Wirtschaftsstand, -entwicklung, -struktur und -politik - beeinflußt das Gesundheitswesen in erheblichem Maße, quantitativ durch das für Gesundheit verfügbare Ausgabenvolumen, qualitativ durch die Art der auf die Gesundheit und auf andere Wirtschafts- und Sozialsektoren gerichteten Politiken, die das Gesundheitswesen beeinflussen.

Gesundheitswesen und Wirtschaft: Das Gesundheitswesen ist kein unbedeutender Zweig der Wirtschaft, keine unwesentliche Branche. Sein Beitrag zur nationalen Wertschöpfung ist in allen entwickelten Ländern hoch und steigt weiter an. Seine ausgeprägte Personalintensität hat arbeitsmarktpolitische Auswirkungen; seine Vorleistungsintensität beeinflusst unter anderem die pharmazeutische Industrie, die in manchen exportorientierten Wirtschaften eine

bedeutsame Stellung hat. Gesundheitspolitiken haben ihre Rückwirkungen auf die Wirtschaft. Sie wurden bislang viel zu wenig beachtet.

Gesundheitswesen und Gesundheit: Wenn Wirtschaft und Wirtschaftspolitik Einfluß auf die Gesundheit nehmen, dann ist das Gesundheitswesen nur einer neben anderen Faktoren der Prävention, Heilung und Rehabilitation - sicherlich ein wichtiger. Andererseits gibt es auch Gefahren, z.B. iatrogener Art. Drittens könnte im Sinne der Opportunitätskosten ein anderes Gesundheitswesen möglicherweise positivere Nettoeffekte haben. Auch diese Beziehungen gehören intensiver untersucht.

Gesundheit und Gesundheitswesen: Die Frage, ob sich ein Gesundheitswesen durch mehr Prävention überflüssig macht, ist natürlich eine Scheinfrage. Sie verweist aber auf Einflüsse des Gesundheitsstandes der Bevölkerung als Nachfragefaktor auf das nötige Angebot an Gesundheitsleistungen, z.B. Pflegeleistungen bei einer älter werdenden Bevölkerung. Auf einer Meta-Ebene stellt sich die Frage, ob Gesundheit und ihre Erhaltung wirklich Orientierungspunkt des Gesundheitswesens sind oder ob eher klinische und medizinische Traditionen das Gesundheitswesen bestimmen.

Rückblick: Diese sechs Grundfragen stellen sich wohl in allen Gesundheitssystemen. Alle sechs sind fundamental. Auf sie (wieder) aufmerksam gemacht zu haben, ist das Verdienst des gesundheitsökonomischen Gespürs in der WHO Europa. Alle sechs Grundfragen haben angesichts des Tagesgeschäftes der Patientenbetreuung in vielen Ländern bislang ungenügende Aufmerksamkeit in Wissenschaft und Praxis gefunden.

2. Beispiele

Als "Welt"gesundheitsorganisation sollte die WHO darauf vorbereitet sein, diese Grundfragen so zu stellen und in Ausbildungseinheiten so zu beantworten, daß

(a) die gesellschaftliche, argumentative und politische Kultur verschiedener Ländergruppen mit ihren je spezifischen Fragestellungen und möglichen Antworten in den Modulen sich wiederfindet, daß aber

(b) gleichzeitig gewährleistet ist, daß ein internationales Verständnis durch zunehmendes internationales Wissen über die Probleme anderer Situationen, Länder und Systeme gefördert wird.

Aus diesem Grunde sollten Lehreinheiten eigene und "fremde" Fragestellungen deutlich machen. Wichtige Einzelfragen über die Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit(swesen) mögen sich in der Ersten, Zweiten und Dritten Welt - eine vielleicht problematische Unterscheidung zwischen Marktwirtschaften, Planwirtschaften und Entwicklungsländern - unterscheiden und sich wandeln. Die Grundfragen bleiben jedoch die gleichen.

Wirtschaft und Gesundheit

(I) Ein Schlüsselthema der wiederentdeckten Sozial- und Wirtschaftsätiologie in den westeuropäischen Ländern war die empirische Erforschung der wechselseitigen Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit; es gibt viele Evidenzen unterschiedlicher disziplinärer und methodischer Herkunft, die solche Beziehungen offenbaren (Schwefel 1987b).

(II) In der Zweiten Welt bestehen diese Probleme kaum, wohl aber sind direkte Gesundheitsauswirkungen doppelter Arbeitsbelastung feststellbar (Csaszi 1987) und indirekte Probleme der Vollbeschäftigung auf Produktivität und Volksgesundheit (Doktor 1987). Auch "verdeckte" Arbeitslosigkeit kann gesundheitliche Konsequenzen haben.

(III) Am deutlichsten sind die Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit in der Dritten Welt (Diesfeld 1982) und in historischer Betrachtung (McKeown 1976); absolute Armut war immer schon und ist immer noch die hauptsächliche Krankheits- und Todesursache in der Welt, die in den ersten beiden Welten fast schon ausgerottet ist.

Gesundheit und Wirtschaft

(I) In westeuropäischen und nordamerikanischen Gesellschaften werden verstärkt die indirekten Kosten von Krankheiten thematisiert, gegenwärtig vor allem am Beispiel der Immunschwächekrankheit AIDS - die indirekten Kosten ergeben sich vor allem durch den Ausfall potentieller gesellschaftlicher Produktivität durch vorzeitige Arbeitsunfähigkeit und verfrühten Tod (Schwefel 1988). Aber auch die indirekten Kosten von Alkoholismus beispielsweise wären ein Thema von besonderer Brisanz, nicht nur in der Ersten Welt, sondern auch in der Zweiten.

(II) Arbeitsunfähigkeit ist auch in der Zweiten Welt recht hoch; sie liegt in der Deutschen Demokratischen Republik bei etwa 6%, die direkten Kosten sind hoch, die indirekten deutlich höher, die Tendenz ist steigend (Keck 1988).

(III) Im Vergleich mit den Arbeitsunfähigkeiten in der reichen Welt sind die in der Dritten Welt aufgrund der Interaktion von Fehlernährung und Infektion deutlich höher; in der Subsistenzwirtschaft macht sich das bei der Produktivität bemerkbar; durch sehr hohe Arbeitslosenquoten sind die gesamtwirtschaftlichen - nicht die gesamtgesellschaftlichen - Auswirkungen jedoch gering (Schwefel 1987c). Individuell kann gerade in der Subsistenzwirtschaft gesundheitsorientiertes Verhalten ein erster Ansatzpunkt zur (Human-)Kapitalbildung sein (Schwefel 1987d). Bei der gesundheitsökonomischen Ausbildung und Fortbildung muß "Wirtschaft" auch deshalb in einem umfassenden Sinne verstanden werden.

Wirtschaft und Gesundheitswesen

(I) In hochentwickelten kapitalistischen Ländern versucht die Wirtschaft, z.B. die Pharmaindustrie, bisweilen direkten Einfluß zu nehmen auf das Gesundheitswesen, um z.B. die neuesten Präparate auf den Markt zu bringen; eine wichtige und zugleich heftig umstrittene Frage in diesem Zusammenhang wäre die nach der Durchsetzbarkeit der von der WHO empfohlenen wesentlichen Medikamente und die nach der Kontrollierbarkeit des Verschreibungsverhaltens niedergelassener Ärzte (Lehreinheit 8 der WHO). Die Wirtschaftsstruktur selbst hat hier nicht unbedingt einen prägenden Einfluß; im System der sozialen Marktwirtschaft der Bundesrepublik Deutschland konnten korporatistische Formen des Gesundheitswesens überleben (Gäfigen 1988).

(II) In manchen Ländern der Zweiten Welt ist das Gesundheitswesen demgegenüber fundamental geprägt von der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik; ein interessantes Beispiel des dialektischen Zusammenhanges zwischen Wirtschaft und Gesundheitswesen ist die aktuelle Diskussion über Ausgaben- und Budgetsysteme und ihre Anreizfunktionen.

(III) In der Dritten Welt hat die miserable Wirtschaftslage meist konsequente Auswirkungen auf das Gesundheitswesen; der ghanaische Gesundheitsminister sagte mir einmal: "Wir können uns Ärzte nicht leisten. Sie verschreiben Medikamente. Die kosten Devisen. Devisen brauchen wir für die Einfuhr von Energie. Sonst läuft hier nichts. (Schwefel 1987c)"

Gesundheitswesen und Wirtschaft

(I) Als besonders personalintensiver sozialer Sektor mag das Gesundheitswesen in der Ersten Welt ein (allerdings nicht sehr starker) Puffer gegen verstärkte Arbeitslosigkeit sein; andererseits erhöhen die steigenden Gesundheitsausgaben die Lohnnebenkosten und beeinflussen damit die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft, was von dieser Seite aus zu Versuchen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen führt (Schwefel 1985). Besonders markant können solche Auswirkungen sein, wenn beispielsweise ein Krankenhaus geschlossen wird; die lokalen und regionalen Effekte sind bisweilen gravierend; die Lehreinheit 7 der WHO verdeutlicht das mittels eines Planspiels.

(II) Viele Probleme sind systemübergreifend; die Altenpflege in Akutkrankenhäusern entzieht dem Gesundheitswesen und damit der Gesamtwirtschaft Produktivität - die Opportunitätskosten sind hoch. Hohe Opportunitätskosten aber sind unethisch, da mit dem gesparten Geld Sinnvolleres hätte getan werden können (Maynard 1984). Das gilt für alle Welten.

(III) In den Entwicklungsländern wird dem Gesundheitswesen meist nur eine marginale Rolle bei der Entwicklungsplanung zugesprochen. In dem Maße, in dem es ihm gelingt, beispielsweise Nahrungsmittel- und Ernährungspolitiken zu beeinflussen, in dem Maße würde seine Bedeutung steigen und sein Nutzen für die Gesundheit (Solimano 1978). Solche Politiken sollten deshalb Thema einer kulturspezifischen Lehreinheit in der Dritten Welt sein.

Gesundheitswesen und Gesundheit

(I,II) Wenn es richtig ist, daß Hospitalinfektionen im Westen - und wohl auch im Osten - fast ebenso viele Opfer wie Verkehrsunfälle fordern (van Eimeren 1976), und wenn das Gesundheitswesen in vielen Ländern sich eher um Krankheiten als um Gesundheit kümmert, dann kann die Rolle des Gesundheitswesens für die Gesundheit nicht mehr nur hypothetisch als selbstverständlich angesehen werden, dann gilt es vielmehr, empirische Evidenzen zu finden.

Andererseits können aber auch hypothetisch gemäß unterschiedlicher Risikobereitschaft die Kosten und Nutzen von Schutzmaßnahmen gegen eine HIV Infektion der Beschäftigten im Gesundheitswesen diskutiert werden. Solche hypothetischen und empirischen Prüfungen sind noch viel zu sehr vernachlässigt, da die Eingangsannahme "das Gesundheitswesen fördert die Gesundheit" viel zu wenig hinterfragt wird. Das empirisch überprüfen zu können, sollte ein Lehrziel gesundheitsökonomischer Ausbildung in beiden entwickelten Welten sein. Ausbildung in der Methodik empirischen Forschens gemäß verschiedener wissenschaftlicher Paradigmen - nicht nur der Epidemiologie, sondern auch der Ökonomie und Soziologie und Politologie und Historiographie - ist wesentlich.

(III) Angesichts der Deutlichkeit des Einflusses der natürlichen, sozialen und wirtschaftlichen Umwelt auf die Gesundheit in der armen Welt wird die Rolle des Gesundheitswesens vor allem dann mißachtet, wenn es präventiv nicht erfolgreich ist. Präventiv- und gemeindemedizinischen Fragen gebührt deswegen besondere Aufmerksamkeit bei der Entwicklung von Lehrinhalten in der Dritten Welt. In allen Welten ist es entscheidend, den Informationsbedarf für die empirische Überprüfung einer Gesundheitsproduktionsfunktion zu sättigen; auch dieser Gesichtspunkt sollte bei Ausbildung und Fortbildung in Gesundheitsökonomie nicht zu kurz kommen.

Gesundheit und Gesundheitswesen

(I) Eine gängige These in der Diskussion über Prävention in westeuropäischen Ländern lautet, daß dadurch kaum eine Kosteneinsparung im Gesundheitswesen erreicht wird. Solche Thesen zu diskutieren und kritisch zu überprüfen wäre eine wichtige Aufgabe im Rahmen einer Ausbildung und Fortbildung in Gesundheitsökonomie in der Ersten Welt. Eine andere Lehrinhalte könnte sich beziehen auf die Frage, ob denn wirklich Gesundheit der Orientierungspunkt des Gesundheitswesens ist, wenn nicht einmal klar ist, was unter Gesundheit - nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten - zu verstehen ist und wie sie zu messen sei (Potthoff 1982); diese Problematik fehlt im Lehrangebot.

(II) In beiden hochentwickelten Welten ist das Gesundheitswesen erst langsam dabei, sich auf veränderte Morbiditäts- und Mortalitätsstrukturen einzustellen; eine bedarfsorientierte Gesundheitsplanung gegenüber einem eher nachfrageorientierten Gesundheitswesen könnte vielleicht besonders deutlich gemacht werden am Problem der Altenbetreuung (Merschbrock 1985).

(III) Die unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen in Stadt und Land der Entwicklungsländer führen dazu, daß es unterschiedliche Versorgungsangebote gibt, die sozial diskriminierend wirken. Solche Verwicklungen zu thematisieren, könnte Aufgabe einer auf Probleme der Dritten Welt ausgerichteten Lehrinhalte sein.

Schlußfolgerungen

Die genannten Themen sind wirklich nur als Beispiele zu verstehen. Je nach persönlichen Erfahrungen und professionellem Hintergrund dürften andere Wissenschaftler andere Schwerpunkte für die Aus- und Fortbildung in Gesundheitsökonomie setzen. Die vom Europäischen Regionalbüro der WHO angebotenen Lehrinhalte scheinen einen angelsächsischen Drall zu haben; das spiegelt die Besetzung der Beratungskreise, die im Westen und Süden aktuell vorherrschende gesundheitsökonomische Kultur und die Energie wieder, mit der Angelsachsen mitwirkten. Eine vom WHO-Kollaborationszentrum für Gesundheitsplanung und Gesundheitsökonomie in München veranstaltete Tagung zur Diskussion der gesundheitsökonomischen Lehrmodule im deutschsprachigen Mitteleuropa zeigte, daß Fragen der Steuerungssysteme und der Finanzierung sowie der Methodik, Didaktik und des Praxisbezuges mehr Gewicht beigelegt werden sollte (Schwefel 1987a). Das internationale Pilotseminar der Deutschen Demokratischen Republik setzt naturgemäß etwas andere Prioritäten (Akademie 1988). Das ist richtig. Wesentlich ist nur, daß die essentiellen Grundfragen mit relevanten und aktuellen Beispielen behandelt werden und daß bei der Auswahl ökonomisch gehandelt wird: rationale Wahl bei Kenntnis der Alternativen. Deswegen ist ein Aufblättern alternativer Lehrinhalte grundlegend; es mag zugleich das internationale Verständnis fördern.

3. Kommentare

Die in der Deutschen Demokratischen Republik vorgeschlagenen Lehrinhalte zum Ausbildungsmodul "Wirtschaft und Gesundheit" sind klug gewählt und spiegeln unter anderem die wichtige und die richtige Tradition deutscher Sozialhygiene wieder, die mancherorts verloren ging. Ob die eine oder andere Lehrinhalte einem anderen Ausbildungsmodul zugeordnet werden sollte, ist wegen der notwendigen Überschneidungen der Lehrinhalte nicht prioritär - eine cura posterior, die dann diskutiert werden sollte, wenn alle einzelnen Lehrinhalte aller Module

feststehen. Dann wird sich auch zeigen, welche Lehreinheiten noch fehlen; sie sollten allen sechs Grundfragen gewidmet sein!

Es erübrigen sich nur wenige einzelne Kommentare.

(1) Die erste Lehreinheit geht den historischen Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit nach und betont die reflexive Ebene der Gesundheitsökonomie mehr als die empirische Ebene der Sozial- und Wirtschaftsätiologie. Vielleicht könnten historischen Entwicklungen und/oder breiten internationalen Vergleichen ein gewisser Platz eingeräumt werden; vielleicht wäre es auch gut, ein "Nullmodul" über Grundlagen und Grundfragen der Gesundheitsökonomie zu entwickeln.

(2) Die zweite Lehreinheit bezieht sich auf die Erfordernisse, Wege und Grenzen des Wirkens ökonomischer Gesetze. Gut wäre es, hier besonders auch empirischen Effektivitätsprüfungen Raum zu geben, die z.B. die Bedürfnisbefriedigung und damit auch die Gesundheitseffekte in der Bevölkerung operationalisieren, messen und interpretieren würden.

(3) Die dritte Lehreinheit betont einen bei vorgängigen WHO-Modulen eher vernachlässigten Bereich, die Stellung des Gesundheitswesens im gesellschaftlichen Reproduktionsprozeß. Wenn diese Lehreinheit erst einmal voll entwickelt ist, werden auch andere Länder in anderen Systemen daraus besonderen Nutzen ziehen können.

(4) Die vierte Lehreinheit betont die intersektorale Bedingtheit des Gesundheitswesens und beinhaltet damit einen großflächigen Systemansatz, der in den bisherigen Modulen der WHO eher zu kurz kommt. Gleichzeitig hebt er ab auf die pragmatische Ebene von Planung und Politik. Das ist beispielgebend. Gut wäre auch hier, wenn empirische Politikanalysen - Durchführungs- und Ergebnisprüfungen - Element der Lehreinheit wären.

(5) Die fünfte Lehreinheit sollte im Umkreis des vorhergehenden Systemansatzes ein Leitthema im Themenumkreis von Reproduktion der Gesundheit und Reproduktion der Arbeitskraft noch festlegen; vielleicht ist sie prinzipiell auch schon in der vorhergehenden Lehreinheit enthalten.

(6) Die sechste Lehreinheit ist besonders aktuell - im Osten, Westen und Süden dieser Welt. Sie behandelt die Beziehungen zwischen Staatshaushalt und Sozialversicherung auf der einen Seite und die medizinischen Leistungen und Ergebnisse auf der anderen Seite. Das ist in der Tat ein Schlüsselthema einer pragmatisch verstandenen Gesundheitsökonomie, die auch hier nicht nur theoretisch oder hypothetisch vorgehen sollte, sondern darüberhinaus empirisch.

Welche Lehreinheiten auch immer gewählt werden, ihre Wahl sollte drei Prinzipien folgen, wenn die Weltgesundheitsorganisation als Mentor gilt:

- (1) Grundfragen beachten !
- (2) Mögliche Alternativen kennen !
- (3) Internationales Verständnis fördern !

Literatur

Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR (Hrsg.) (1988), Diskussionsmaterial für das Pilotseminar Gesundheitsökonomie - Aus-, Weiter- und Fortbildung, Erfahrungen und weitere Entwicklung. Potsdam, 22.-26. Aug. 1988. Ost-Berlin, 315 S.

Csaszi, Lajos (1987), Double employment and health in Hungary. In: Schwefel, Detlef, Svensson, Per-Gunnar und Zöllner, Herbert (Hrsg.), Unemployment, social vulnerability, and health in Europe. Springer-Verlag, Berlin (West) Heidelberg, S. 151-153

Diesfeld, Hans Jochen et alii (1982), Gesundheit als entwicklungspolitische Herausforderung. Bericht des Ausschusses 'Gesundheit' des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit. In: Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit (Hrsg.), Herausforderungen für die Entwicklungspolitik in den achtziger Jahren. Weltforum Verlag, Köln, S. 107-207

Doktor, Kazimierz and Sokolowska, Magdalena (1987), Full employment policy and rationalization and health in Poland - an outline. In: Schwefel, Detlef, Svensson, Per-Gunnar und Zöllner, Herbert (Hrsg.), Unemployment, social vulnerability, and health in Europe. Springer-Verlag, Berlin (West) Heidelberg, S. 154-156

Engleman, Steve (1987), Relationship between the health sector and the economy, Module 1. In: World Health Organization, Regional Office for Europe, The development of health economics training. Report on a WHO Study (unedited version), EUR/HFA target 34

Eimeren, Wilhelm van und Schwefel, Detlef (1988), WHO-Kollaborationszentrum für Gesundheitsplanung und Gesundheitsökonomie. Bundesgesundheitsblatt 31 (4):133-135

Gäfgen, Gérard (Hrsg.) (1988), Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 301 S.

Keck, Alfred (1988), Ökonomische Aspekte der Arbeitsunfähigkeit (AU), Manuskript, Berlin (August 1988), vorbereitet für das Pilotseminar "Gesundheitsökonomie - Aus-, Weiter- und Fortbildung, Erfahrungen und weitere Entwicklung. Potsdam, 22.-26. Aug. 1988

Köpcke, Wolfgang, Dachner, F., Marget, W. und Eimeren, Wilhelm van (1976), Maßnahmen gegen Hospitalinfektionen. Med.Klin. 71:1057-1061

Maynard, A. (1984), Resource mobilization: an economic task of planning and management for HFA2000. Arbeitspapier für European Conference on Planning and Management for Health, Den Haag, Niederlande, 27. Aug.- 1. Sept.

McKeown (1976), Thomas, The modern rise of population. Arnold, London, 168 S.

Merschbrock-Bäuerle, Anette, Redler-Hasford, Elisabeth und Eimeren, Wilhelm van (1985), Gesundheitspolitik für alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland - Auf der Suche nach Auswegen aus Versorgungs- und Finanzierungspässen im Pflegebereich. Proceedings der CIRIEC-Konferenz, Mailand, 23.-24. Mai 1985

Potthoff, Peter (1982), Materialien zur Studie "Entwicklung von Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit". GSF-Bericht, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, München

Schwefel, Detlef (1985), From cost containment to effect-assessment. World Health Forum 6, 1:17-19

Schwefel, Detlef, Zöllner, Herbert, Neubauer, Günter und Leidl, Reiner (Hrsg.) (1987a), Ausbildung und Fortbildung in Gesundheitsökonomie. GSF-Bericht 6/87, Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, München, 284 S.

Schwefel, Detlef, Svensson, Per-Gunnar und Zöllner, Herbert (Hrsg.) (1987b), Unemployment, social vulnerability, and health in Europe. Springer-Verlag, Berlin (West) Heidelberg, 325 S.

Schwefel, Detlef (Hrsg.) (1987c), Soziale Wirkungen von Projekten in der Dritten Welt. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (Schriftenreihe der Deutschen Stiftung für internationale Entwicklung), 503 S.

Schwefel, Detlef und Leidl, Reiner (1987d), Remarks on the social meaning of savings of the poor. Development, No. 2/3: 142-144

Schwefel, Detlef (1988), Economic Aspects of AIDS. Aids-Forschung (AIFO), No. 6, June: 341-350

Solimano, Giorgio und Taylor, Lance (Hrsg.) (1978), Food price policies and nutrition in Latin America. Proceedings eines United Nations University workshop in Mexico, 22.-25. März 1978

World Health Organization, Regional Office for Europe (Hrsg.) (1987), The development of health economics training. Report on a WHO Study (unedited version), EUR/HFA target 34