

Gesundheitsförderung und Prävention als diakonischer Auftrag

Diakonie; Gesundheitsförderung; Krankenhauswesen; Prävention

Die Diakonie ist heute überwiegend im kurativen Gesundheitswesen tätig. Prävention und Gesundheitsförderung sind hingegen von geringer Bedeutung für diakonische Träger. Die vorliegende Arbeit begründet, dass dies dem biblischen Auftrag, dem gesundheitspolitischen Konzept der Weltgesundheitsorganisation und der ökonomischen Notwendigkeit widerspricht. Sie zeigt weiterhin auf, welche Faktoren bislang eine Umstellung der Diakonie auf Gesundheitsförderung und Prävention verhindert haben. Hierzu wird ein systemtheoretisches Modell entwickelt.

Die Diakonie ist eine Erfolgsgeschichte. Sie ist einer der größten Arbeitgeber in Deutschland, hat national und international Gehör, versorgt zahlreiche Menschen in Not und ist für viele Kirchenferne der einzige Anknüpfungspunkt zur Kirche. Trotzdem muss sich die Diakonie als Lebens- und Wesensäußerung der Kirche Christi stets erneut fragen, welchen Auftrag sie in der heutigen Zeit hat, wie sie dieses Auftragsziel bestmöglich erreichen kann und welche Veränderungen eingeleitet werden müssen, um auch noch in Zukunft dem diakonischen Auftrag gerecht werden zu können. Wenn für die Kirche grundsätzlich das „ecclesia semper reformanda“ gilt, so folgt daraus auch ein „diakonia semper reformanda“, eine Diakonie als dynamisches und offenes System mit klarer Zielsetzung, jedoch sich ändernder Umsetzung.

In der vorliegenden Arbeit soll diese klare Zielsetzung für ein Teilgebiet der Diakonie, das kirchliche Gesundheitswesen, herausgearbeitet werden. Hierzu wird im ersten Kapitel der Auftrag der Diakonie im Gesundheitswesen begründet und definiert. Im zweiten Kapitel wird gefragt, ob dieser Auftrag mit der gesundheitspolitischen Konzeption der Weltgesundheitsorganisation vereinbar ist. Im dritten Kapitel wird die Möglichkeit einer Richtungsänderung aus ökonomischer Sicht diskutiert. Abschließend wird erörtert, warum der klare Auftrag zu Prävention und Gesundheitsförderung bislang nur unzureichend erfüllt wird.

I. Der diakonische Auftrag im Gesundheitswesen

Die Kirche Jesu Christi versteht sich als eine heilende Gemeinschaft. Sie folgt damit dem Beispiel Jesu, dem gemäß dem biblischen Zeugnis zahlreiche Heilungen zugeschrieben werden, und der einen klaren Heilungsauftrag an seine Nachfolgenden erteilt hat (Mt. 10:8; Lk. 9:1; Mk. 6:12-13). Christen sind diesem Auftrag mit unterschiedlichen Schwer-

punktsetzungen gefolgt. Die ersten Christen praktizierten gemäß der Überlieferung überwiegend die magische Heilung, die als Charisma gesehen wurde (1. Kr. 12:9). Später verlagerte sich das Gewicht von der magischen Heilung zur Pflege der Kranken in den kirchlichen Spitälern.¹

Im 19. Jahrhundert nahm das kirchliche Gesundheitswesen einen starken Aufschwung. Sowohl die neuzeitliche Diakonie als auch die Missionsbewegung fokussierten die Errichtung großer Krankenhäuser, wobei sie große Teile der kurativen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernahmen.² In manchen Ländern werden heute bis zu 70% der Krankenhäuser von christlichen Glaubensgemeinschaften betrieben.³ In Deutschland waren dies im Jahr 2004 833 Hospitäler.

In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Kritik an der starken Krankenhausorientierung der kirchlichen Gesundheitsversorgung jedoch immer lauter. Die kirchliche Gesundheitsarbeit wurden von Führungskräften aus Diakonie und Mission eingehend analysiert und grundsätzlich neu überdacht. Die Bestandsaufnahme war ernüchternd. Für die Missionskrankenhäuser wurde festgehalten, dass die große Bevölkerungsmehrheit der Kolonien nicht durch die bestehenden Dienste erreicht wurde, so dass Anfragen an die Gerechtigkeit dieses Systems artikuliert werden mussten.⁴ Darüber hinaus zeichnete es sich ab, dass die bestehenden Dienste nicht mehr nachhaltig zu betreiben waren, da die Kosten der medizinischen Behandlung in den bestehenden Institutionen immer höher wurden.⁵ Für Kirchenkrankenhäuser in den ehemaligen Kolonien sowie in Europa und Amerika wurde hinterfragt, ob die in ihnen praktizierte, rein kurative und Institutionenbasierte Medizin mit dem christlichen Heilungsverständnis vereinbar sei.⁶ Die bestehenden Krankenhäuser „were, basically, repair facilities which did little if anything to remove the causes of sickness or to promote and maintain health“.⁷ Es wurde erkannt, dass kirchliche Gesundheitsarbeit stets auch Präventivmedizin beinhalten muss.⁸ Darüber hinaus entspricht es dem christlichen Heilungsverständnis viel mehr, „dass Gottes Wirken auf umfassende Heilung, auf das Heil ausgerichtet ist. [...] Heilung in diesem Zusammenhang umfasst auch Probleme von Schuld, Leid und Tod“.⁹ Diese Erkenntnis fordert dazu auf, den Heilungsauftrag nicht an Ärzte oder Pfleger zu delegieren, sondern als Kirche insgesamt wahrzunehmen: „Wenn Heilen so umfassend gesehen wird, ist es natürlich nicht mehr nur eine Angelegenheit der naturwissenschaftlichen Medizin und der dazu Ausgebildeten. Der Auftrag zu heilen, den Jesus gab, erging an die Jünger [...]. Darüber hinaus wird jeder zu einer Beteiligung bei dem heilenden Handeln aufgerufen“.¹⁰ Heilung im christlichen Kontext ist nur partizipativ möglich.

1 Vgl. Städtler-Mach (1993).

2 Vgl. Grundmann (1992).

3 Vgl. Fleßa (2002).

4 Vgl. McGilvray (1979).

5 McGilvray (1982), S. 19.

6 Vgl. Wilson (1983), Ram (1995) sowie Jakob (1997).

7 McGilvray (1979), S. 3.

8 Vgl. Fountain (1989) sowie Ewert (1990).

9 Scheel (1988), S. 16.

10 Ebenda, S. 19.

Diese Fragestellungen wurden auf zwei internationalen Konferenzen in Tübingen diskutiert, die als Tübingen I (19.-24. Mai 1964) und Tübingen II (1.-8. September 1967) weit über kirchliche Kreise hinaus bekannt wurden. Die erste Konferenz war zwar von Missionsgesellschaften initiiert, versuchte jedoch von Anfang an auch Wegweisung für das kirchliche Gesundheitswesen in den Industrieländern zu geben. Die Delegierten dieser Konferenzen entwarfen eine neue Konzeption kirchlicher Gesundheitsdienste,¹¹ die auf den Prinzipien des christlichen Heilungsverständnisses beruht und die zeitlich und räumlich universale Gültigkeit beansprucht:

- Christliche Gesundheitsarbeit ist ganzheitlich. Eine nur physische Heilung widerspricht dem biblischen Menschenbild.
- Christliche Gesundheitsarbeit sollte möglichst viele Gemeindemitglieder involvieren, nicht nur Ärzte und Pfleger.
- Christliche Gesundheitsarbeit sollte präventiv ausgerichtet sein.
- Christliche Gesundheitsarbeit kann nicht losgelöst von anderen Entwicklungsplanungen gesehen werden, d.h., „medizinische Arbeit, Ernährung, Landwirtschaft und Gemeindeentwicklung [sollten] aufeinander bezogen werden“.¹²

Diese Forderungen waren revolutionär, da sie eine Abkehr von der primären Ausrichtung der Gesundheitsdienste an der kurativen Medizin und insbesondere am Krankenhaus implizierten. Verschiedene Stakeholder, z.B. Patienten, Mitglieder der Kirchengemeinde, Landwirte, Berater etc., sollten die Ärzte als Konzentrationspunkt kirchlicher Gesundheitsarbeit ablösen. Gemeindedienste, vom Besuchsdienst, Pflegedienst, Hospiz, offene Behindertenarbeit bis hin zur Wohnbetreuung von psychisch Kranken wurden nach dieser Konzeption als wichtiger angesehen als das Betreiben moderner Krankenhäuser.

Vergleicht man die grundlegenden Aussagen von Tübingen I und II mit der heutigen Situation, so kann man erkennen, dass zumindest in Deutschland kaum eine Umsetzung erfolgte. Mehr als 30% der diakonischen Mitarbeiter ist in der stationären Krankenpflege tätig, mehr als in jedem anderen Bereich (Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Altenhilfe, Obdachlosenhilfe etc.) tätig.¹³ Insgesamt sind 65% der kirchlichen Mitarbeiter in der stationären Hilfe tätig, wobei auf die stationäre Altenhilfe sicherlich ähnliche Aussagen zutreffen wie sie oben auf die Krankenhausversorgung getroffen wurden.

Kirchliche Krankenhäuser sind dabei – insbesondere durch die Einführung der Diagnosis Related Groups als pauschales Entgeltsystem ab dem Jahr 2004 – in einer sehr ähnlichen Situation, wie sie McGilvray für die 60er Jahre beschreibt: ein erheblicher ökonomischer Druck, der wahrscheinlich zur Auflösung zahlreicher kirchlicher Krankenhäuser führen wird,¹⁴ geht einher mit einer immer größeren Professionalisierung, die eine Einbindung der Basis bzw. der Gemeinde in das Krankenhaus immer schwieriger macht. Die biblisch basierten Aussagen der Tübinger Erklärungen fordern folglich zu einer Umstrukturierung des kirchlichen Gesundheitswesens auf, weg von den kurativen Krankenhäusern hin zu Präventionsprogrammen und Basisdiensten.

11 McGilvray (1982), S. 24-61.

12 Ebenda, S. 31.

13 Diakonisches Werk Deutschland (2003).

14 Vgl. Fleßa (2005).

II. Prävention und Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Konzeption

Die Forderung nach einer Umstrukturierung des kirchlichen Gesundheitswesens hin zu einer basisnahen Gesundheitsförderung entspricht der gesundheitspolitischen Konzeption der Weltgesundheitsorganisation sowie den Leitlinien, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2005 dargelegt hat.¹⁵

Die Weltgesundheitsorganisation entwickelte seit ihrer Gründung (07. April 1948) eine Konzeption der Gesundheitspolitik, die von einem Vorrang der Prävention und einer starken Basisorientierung ausgeht. Nachdem sich in den ersten zwei Jahrzehnten die Gesundheit der Weltbevölkerung erheblich verbessert hatte, kam es in den späten 1960er und 1970er Jahren zu erheblichen Rückschritten, wobei insbesondere die erneute Ausbreitung der Malaria in tropischen Ländern und die entstehende Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen in Industrienationen diese Wende einleiteten.¹⁶ Auf der Suche nach Lösungsstrategien erkannte der damalige Direktor der WHO, Halfdan Mahler, dass die Beschlüsse von Tübingen I und II durchaus für alle Gesundheitsdienste relevant waren. In der Folge wurden regelmäßige Konferenzen vereinbart. Die CMC-Zeitschrift CONTACT wurde für einige Jahre zur Pflichtlektüre in der WHO. Die Konzeption der Primary Health Care (PHC), die 1978 (6.-12. September) in Alma Ata vorgestellt wurde,¹⁷ kann als eine säkulare Weiterentwicklung der Tübinger Erklärungen interpretiert werden.

„Primary Health Care“ (PHC)¹⁸ ist eine „aktualisierte Bezeichnung für Hygiene, [...] erweitert um gesundheitspolitische Forderungen im weitesten Sinn des Wortes und um ein stark partizipatorisches Element“.¹⁹ Primary Health Care ist folglich eine Konzeption der Gesundheitspolitik, eine umfassende und gemeinschaftsbezogene Philosophie des Gesundheitswesens, die allen gesundheitspolitischen Entscheidungen auf allen Ebenen zugrunde liegen sollte. Oberstes Ziel ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, so dass die „Health for all by the year 2000“²⁰ erreicht werden kann. Sie soll durch aktive Beteiligung der Bevölkerung erreicht werden, d.h. durch Partizipation.

Zwei der Prinzipien der PHC²¹ sind für die hier zu diskutierende Fragestellung von großer Bedeutung. Zum einen statuiert die WHO, dass PHC grundsätzlich die Gemeinschaft („community“) in die Ermittlung der relevanten Ziele und Maßnahmen mit einbezieht. Die Beteiligten übernehmen selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit („Community Based Health Care“, CBHC), d.h., PHC beruht auf Partizipation. Zum anderen verlangt die PHC-Konzeption, kurative und präventive Maßnahmen möglichst basisnah durchzu-

15 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 181-370.

16 Vgl. WHO (1973) sowie Diesfeld et al. (1997), S. 45.

17 Vgl. WHO (1978).

18 Vgl. Shaffer (1987), Adegoroye (1989); Streefland/Chabot (1990) sowie Diesfeld u.a. (1997), S. 44-56.

19 Diesfeld/Bichmann (1989), S. 120.

20 WHO (1978) §V.

21 WHO 1978, §VII. Vgl. auch Schweikart (1992), S. 16.

führen. Dies impliziert eine zentrale Rolle der Gesundheitserziehung im CBHC/PHC.²² Krankenhäuser der Zentral- und Maximalversorgung werden damit nicht ausgeschlossen; ihnen bleiben jedoch diejenigen Fälle vorbehalten, die auf unteren Ebenen nicht behandelt werden können.

Die Prinzipien der Primary Health Care sind folglich Ausdruck der Forderung nach Partizipation im Gesundheitswesen. Die traditionelle Orientierung an Institutionen oder an der Berufsgruppe der Ärzte wird aufgegeben. Stattdessen erhalten alle Betroffenen ein moralisches Anrecht auf Mitwirkung am Entscheidungsprozess. Primary Health Care ist damit eine Umsetzung des biblisch begründeten Rechtes des Menschen auf Teilhabe an Prozessen, die ihn selbst betreffen, Prävention wird zum Instrument einer erfolgreichen Implementierung.

Die Tübinger Erklärungen sowie die Deklaration von Alma Ata waren universal gedacht, d.h. sie beschränkten sich nicht auf die Anwendung in Entwicklungsländern. Trotzdem versuchten zahlreiche Länder und Kirchen, die Prävention und die Basisorientierung auf Länder mit niedrigen Einkommen zu beschränken, während sie für Industrienationen eine Fortführung der Krankenhausorientierung praktizierten. Die Weltgesundheitsorganisation antwortete darauf mit dem Konzept der Gesundheitsförderung, das sich bewusst – zum Teil sogar überwiegend – an Industrienationen wendet. Gesundheitsförderung umfasst die Primärprävention, verbindet sie jedoch mit einem Konzept, das das komplette System umfasst. Hierbei wird – im Gegensatz zum Präventionsbegriff – Gesundheit nicht als Gegenteil von Krankheit definiert, sondern als Ergebnis politischer, sozialer und individueller Prozesse. Es gilt, all diese Prozesse ständig daraufhin zu untersuchen, in wie weit sie die Gesundheit fördern. Das Setting des Menschen, z.B. soziale Ungleichheit, wird hierbei als Auslöser von Krankheit erfasst.²³

1986 verpflichteten sich die Mitgliedsländer der Weltgesundheitsorganisation (und damit auch die Bundesrepublik Deutschland) auf eine gesundheitsförderliche Politik. Das Abschlussdokument dieses Treffens, die Ottawa-Charter, sieht das Ziel der Gesundheitsförderung darin, „bestehende erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren. Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit stellen ebenso Grundvoraussetzungen für die Gesundheit dar wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem und eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen“.²⁴ Diese Charta wurde 1989 auf der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Sie stellt die verpflichtende Grundlage der Gesundheitspolitik als umfassende Aufgabe dar. „Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre

22 Vgl. Scotney (1983), Werner (1987) sowie Young/Durstun (1992).

23 Mielck (2005), S. 55-80.

24 WHO (1989).

Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“²⁵

Es ist deutlich, dass dieser hohe Anspruch nicht erreicht werden kann, wenn nur die medizinischen Berufe und das Gesundheitswesen gesundheitsfördernd sind. Vielmehr muss das ganze politische, wirtschaftliche und soziale System einer Gesellschaft stets die Gesundheit der Menschen im Auge behalten. Dementsprechend definiert die Ottawa-Erklärung auch ein breites Feld von Handlungsbereichen: Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Dienste sowie die Förderung der Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Kirchengemeinden können als Lebenswelt und Gemeinschaft gesehen werden, die gemäß der Ottawa-Charta gesundheitsförderlich sein sollten. Für die Diakonie gilt der klare Aufruf einer Neuorientierung ihrer Dienste hin zur Gesundheitsförderung.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen knüpft in seinem Gutachten 2005 bewusst an der Ottawa-Charta der WHO an.²⁶ Ausgehend von der Tatsache, dass „ein beachtlicher Teil der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert [...] weniger auf medizinisch-kurative Innovationen als auf wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie Umwelt-, Ernährungs-, Hygiene- und Bildungsfortschritte zurück[geht]“,²⁷ diskutiert der Sachverständigenrat Ansatzpunkte einer gesundheitsförderlichen und präventiven Politik, die am Individuum, am Setting oder der gesamten Bevölkerung ansetzt. Die Gutachter fordern

- die „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die sich nicht nur auf das klassische Gesundheitsressort [...] beschränkt“,²⁸
- die „Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten (Settings)“,²⁹
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, z.B. Gesundheitsförderung in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen“,³⁰
- sowie die „Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Bildung“. ³¹

Man kann ohne Zweifel statuieren, dass die Ottawa-Charta und das Gutachten des Sachverständigenrates eine Aktualisierung der Grundprinzipien der Tübinger Erklärung sind. Sowohl von den Methoden als auch von den Zielen betrachtet, entspricht die gesundheitspolitische Konzeption des Sachverständigenrates dem christlichen Heilungsverständnis, dem biblischen Wert Nächstenliebe und der Tugend Gerechtigkeit – was u.a. in der breiten Diskussion primärpräventiver Strategien zur Verminderung sozialbedingter Ungleichheiten durch den Sachverständigenrat zum Ausdruck kommt.³²

25 Ebenda.

26 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 192.

27 Ebenda, S. 186.

28 Ebenda, S. 192.

29 Ebenda.

30 Ebenda.

31 Ebenda.

32 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 207-213.

Es lässt sich folglich feststellen, dass sowohl auf biblischer als auch auf politischer Basis eine Hinwendung zu einer gesundheitsförderlichen, basisorientierten Gesundheitspolitik dringend geboten ist. Eine Diakonie, die überwiegend kurative Krankenhäuser betreibt, verfehlt ihren Auftrag und widerspricht der politisch geforderten Konzeption des Primary Health Care bzw. der Gesundheitsförderung als grundlegende gesundheitspolitische Richtung ebenso wie ihrem biblischen Auftrag.

III. Ökonomische Konzeption

Auf Grundlage dieser Analyse könnte man schließen, dass der Aufbau großer diakonischer Krankenhäuser vom Ende des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts völlig falsch gewesen wäre. Diese Bewertung wäre allerdings ein Fehlschluss, da sie die historische Nachfragesituation nicht berücksichtigt. In der diakonischen Gründerphase gab es keine kommerzielle und oftmals keine staatliche Konkurrenz, so dass die Diakonie gezwungen war, bestimmte Nachfragesegmente nach stationärer Gesundheitshilfe zu befriedigen. Hätte sie diesen Auftrag nicht erfüllt, so wäre diese Nachfrage ungesättigt geblieben. In der veränderten Sozialrechtssituation im beginnenden 21. Jahrhundert ist das diakonische Krankenhaus jedoch oftmals ein Anbieter von vielen, während Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland kaum finanziert und deshalb oftmals vollständig vernachlässigt werden.

Zur Begründung dieser Aussagen soll ein ökonomisches Modell verwendet werden.³³ Abbildung 1 zeigt die Kostenfunktion eines Anbieters einer Sozialleistung. Das Modell geht von der realistischen Annahme einer nicht-linearen, S-förmigen Kostenfunktion mit Fixkostenblock aus. Jedes Unternehmen, auch die Nonprofit-Organisationen der Diakonie, muss durch die Erlöse mindestens die Kosten decken, falls keine Zuschüsse, bspw. durch Spenden, als fixes Einkommen zur Verfügung stehen. Langfristig ist deshalb nur eine Produktion zwischen X_A und X_C möglich.

Auf dem Gesundheitsmarkt ist der Marktpreis (das DRG-Entgelt) ein Fixum, das vom Anbieter nicht beeinflusst werden kann. Ein kommerzielles Unternehmen erreicht in der Konkurrenzsituation sein Betriebsziel, indem es die Produktionsmenge (X_B) anbietet, zu der der Preis gleich seinen eigenen Grenzkosten ist. Für das diakonische Krankenhaus ist dieses Ziel nicht verbindlich. Es wird vielmehr seine Produktionsmenge so wählen, dass die Versorgung der Bevölkerung bestmöglich ist. Das diakonische Krankenhaus wird deshalb meistens die Produktionsmenge X_C erstreben, bei der es zwar keinen Verlust macht, jedoch eine maximale Versorgungsmenge bereitstellt.

33 Vgl. Fleßa (2004), S. 178-186.

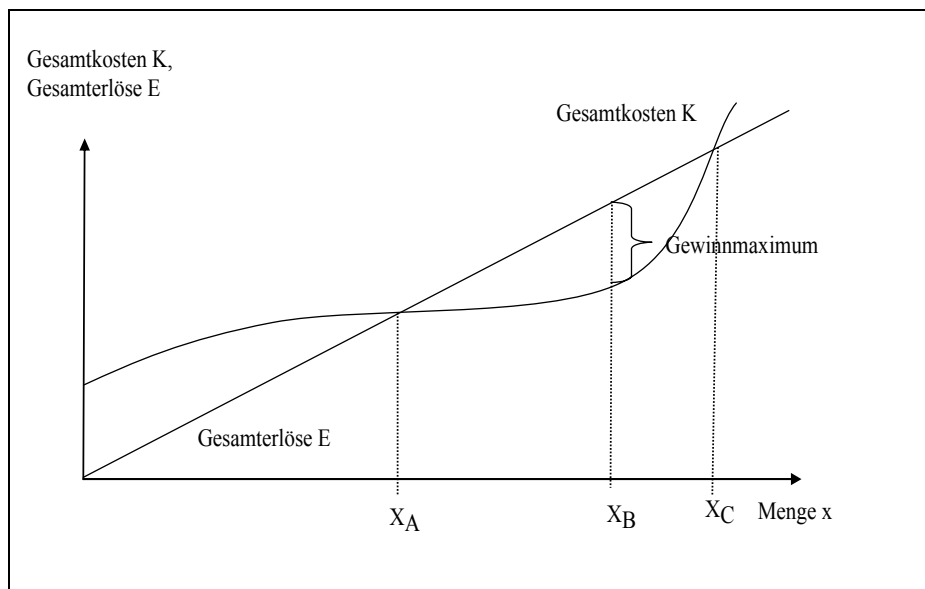


Abb. 1: S-förmiger Gesamtkostenverlauf und linearer Erlösverlauf

Quelle: Eigene Darstellung

Diesem Angebot steht nun die Nachfrage gegenüber. Da es sich um soziale Gesundheitsdienstleistungen mit hoher Priorität handelt, wollen wir zuerst vereinfachend voraussetzen, dass eine preisunelastische Nachfrage (N) in Höhe der wissenschaftlich feststellbaren Bedürfnisse vorliegt. Auf Grundlage dieses Modells lassen sich verschiedene Konstellationen unterscheiden. Erstens ist es möglich, dass die Nachfrage kleiner ist als die Menge, die der Gewinnmaximierer anbieten möchte, jedoch noch dessen Kostendeckung erlaubt ($X_A < N < X_B$). In diesem Fall kann der Gewinnmaximierer den Bedarf vollständig alleine abdecken, eine zusätzliche Angebotsmenge von einem diakonischen Anbieter würde für beide Anbieter Leistungsmengen entstehen lassen, bei denen Verluste auftreten.

Zweitens ist es möglich, dass die Nachfrage höher ist als das Angebot des Gewinnmaximierers ($N > X_B$). Ein Teil der Bevölkerung würde nicht versorgt. Hier muss ein diakonischer Anbieter zusätzlich zu dem kommerziellen Produzenten auf den Markt treten, um eine Unterversorgung zu verhindern. Allerdings können die Gewinnchance und die Marktlücke auch weitere kommerzielle Anbieter anlocken, die den Nachfrageüberschuss abschöpfen.

Drittens wäre es möglich, dass die Nachfrage kleiner ist als die minimale Menge, zu der der kommerzielle Anbieter überhaupt produzieren kann ($X_A > N$). Der Gewinnmaximierer würde in dieser Situation entweder nie als Anbieter auftreten oder langfristig aus dem Markt ausscheiden. Hier wäre eine karitative Organisation aufgerufen, die Nachfrage zu decken. Ein Spezialfall ist die Konstellation, dass die Erlöse so gering sind, dass überhaupt kein Gewinn möglich ist, so dass X_A im Unendlichen liegt. Hier muss das karitative Unternehmen die komplette Leistung übernehmen. Abbildung 2 zeigt diese Situation, wie sie in der Gründerphase der meisten diakonischen Krankenhäuser vorlag.

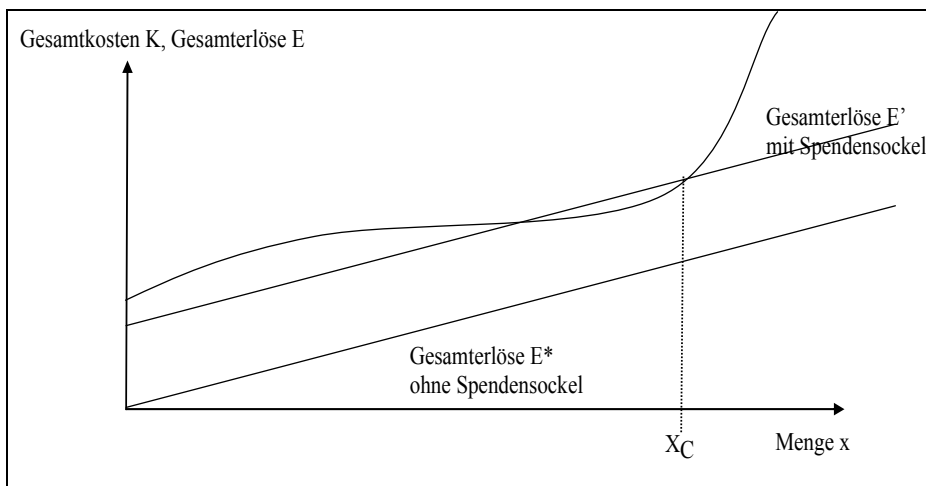


Abb. 2: Erlössituation 1880

Quelle: Eigene Darstellung

Die Erlösgerade E^* verläuft unterhalb der Gesamtkostenkurve. Eine Produktion ist deshalb für einen kommerziellen Träger für jede Produktionsmenge unwirtschaftlich. Wird hingegen eine Erlösfunktion E' mit einem fixen Einkommen als Sockensockel angenommen, so ist die Produktionsmenge X_C möglich. In der Gründerphase kirchlicher Krankenhäuser gab es keine Zuschüsse des Staates an kommerzielle Anbieter, so dass sie bei einem für Armutsgruppen möglichen Preis (Steigung der Erlösgeraden) kein Angebot bereitstellen konnten. Die diakonischen Einrichtungen hingegen hatten durch Sach-, Geld- und Arbeitskraftspenden einen Sockensockel, mit dem sie zum großen Teil ihren Fixkostensockel abdecken konnten. Damit waren eine Leistungserbringung und die Deckung des Bedarfes möglich.

Abbildung 3 zeigt die Erlössituation im neuen Jahrtausend. Sowohl der karitative als auch der kommerzielle Anbieter haben einen Fixerlösblock, da beide feste Zuschüsse des Staates im Rahmen der dualen Finanzierung erhalten. Der Sockel ist bei den karitativen Anbietern (noch) etwas höher, da sie zusätzlich Spendeneinnahmen haben. Trotzdem ist in dieser Konkurrenzsituation für beide Anbieter die Marktteilnahme möglich. Der karitative Monopolist kann die Menge X_C anbieten, der Gewinnmaximierer die Menge X_B . Nun gilt erneut die Konstellation, wie sie oben beschrieben wurde: Falls der Bedarf kleiner oder gleich X_B ist, kann der karitative Anbieter aus dem Markt ausscheiden, ohne dass es zu einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung kommt. Die Veränderung der Krankenhausfinanzierung und der Ausbau der sozialen Sicherung (Tabelle 1) haben folglich dazu geführt, dass die Notwendigkeit, kirchliche Krankenhäuser zur Unterstützung der Armutsgruppen aufzubauen, heute nicht mehr besteht. Wir haben eine Situation, in der kommerzielle Träger flächendeckend die Versorgung der Bevölkerung, und zwar auch der Armutsbevölkerung sicherstellen können.

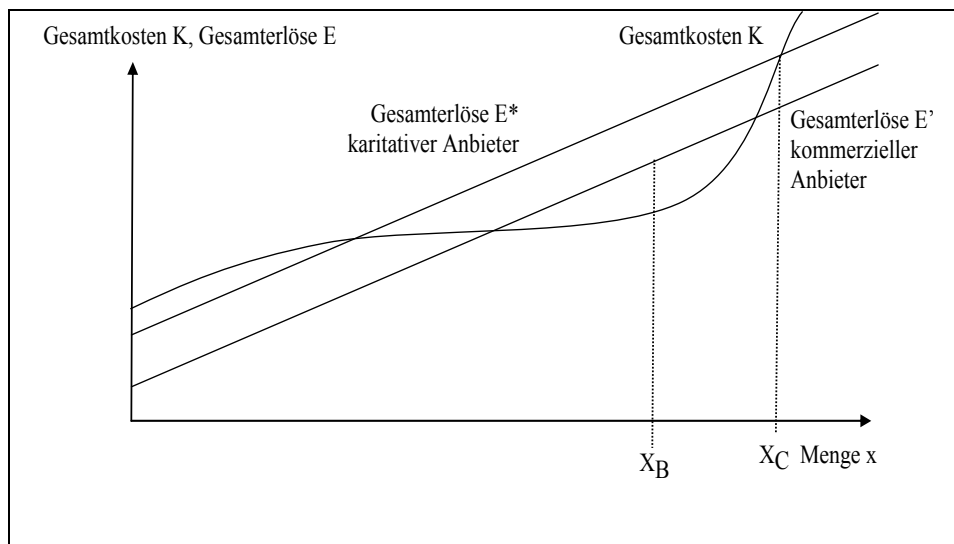


Abb. 3: Erlössituation 2005

Quelle: Eigene Darstellung

	Prozent	abs. Zahlen in Mio.
Gesetzliche Krankenversicherung	87,8	72,5
davon:		
Pflichtversicherte	43,5	31,5
Familienmitglieder	27,2	19,7
Rentner	23,4	17,0
Freiwillig Versicherte	5,5	4,0
sonstige Versicherte	0,4	0,3
Private Krankenversicherung	9,7	8,0
sonstiger Versicherungsschutz	2,3	1,8
Nicht krankenversichert	0,2	0,2

Tab. 1: Krankenversicherungsschutz in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Analyse hat zwei Voraussetzungen. Erstens muss gewährleistet sein, dass die Effizienz und damit die Kostenfunktion in den verglichenen Einrichtungen gleich sind. Dies muss nicht unbedingt der Fall sein. Es ist allerdings nicht anzunehmen, dass kommerzielle Einrichtungen ineffizienter arbeiten als karitative. Solange sie mindestens gleich gut sind, gelten obige Aussagen. Zweitens wird vorausgesetzt, dass die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen preisunelastisch und aus den wissenschaftlich messbaren Gesundheitsdefiziten herleitbar sei. Tatsächlich können diese Annahmen für Gesundheitsdienstleistungen der Basisversorgung gelten. Die Nachfrage nach Appendektomien oder nach Geburtshilfe ist epidemiologisch begründet, nicht durch Preise. Dies ist insbesondere in einem Versicherungssystem der Fall, in dem für Leistungen der Versicherungen keine direkte Preiselastizität der Nachfrage gilt. Weiterhin soll angenommen werden,

dass kirchliche Krankenhäuser grundsätzlich keine medizinischen Luxusleistungen erbringen, für die eine hohe Preiselastizität besteht. Das Musterbeispiel hierfür ist die Schönheitsoperation, die wohl kaum zum diakonischen Auftrag gehört.³⁴

Zusammenfassend können wir festhalten, dass aufgrund der fehlenden Konkurrenz im 19. Jahrhundert es absolut notwendig war, dass die Kirchen Krankenhäuser gründeten, so dass sie auch den unversicherten Armutsgruppen Zugang zu einer adäquaten Basisversorgung ermöglicht haben. Die Förderung aller Krankenhäuser – auch der kommerziellen – durch die duale Finanzierung, die deutlich höheren Fallerlöse und die konsequenterweise sich ergebende Konkurrenz zu kommerziellen Trägern machen einen Verbleib der diakonischen Krankenhäuser nicht unbedingt notwendig. Es gäbe folglich ökonomische Freiräume, den biblisch und gesundheitspolitisch begründeten Kurswechsel hin zur Prävention und Gesundheitsförderung als diakonische Aufgabe zu vollziehen. Es stellt sich allerdings die Frage, warum diakonische Träger dies nicht längst getan haben. Sie soll im nächsten Kapitel beantwortet werden.

IV. Begründung der fehlenden Umsetzung

Im Folgenden soll ein präventionsorientiertes, gesundheitsförderliches Gesundheitssystem als Innovation verstanden werden, die die Diakonie bisher nicht adoptiert hat. Hierzu soll mit Hilfe eines Modells der Innovationsadoption begründet werden, welche Faktoren die Annahme dieser Neuerung verhindert haben.

Ausgangspunkt des Modells der Innovationsadoption ist eine Invention, d.h. die Existenz einer neuen Technologie. Eine Konzeption, wie die Primary Health Care und die Gesundheitsförderung, sind als Invention gegeben und haben sich in Nischen bereits zu einer gewissen Reife entwickelt. Nach Rogers³⁵ ist die Adoption einer Innovation ein komplexer, mehrstufiger Prozess, der zahlreiche Barrieren überwinden muss.³⁶ Neben der Ungewissheit ist dies insbesondere die „ständige Behinderung des Prozessfortschritts durch Widerstände der Betroffenen und Beteiligten“.³⁷ Entscheidend für die Innovationsadoption ist die Existenz bestimmter Schlüsselpersonen,³⁸ die mit ihren Kenntnissen und/oder ihrer institutionellen Macht die Übernahme der Neuerung propagieren. Die Promotoren-Modelle gehen davon aus, dass mindestens zwei verschiedene Schlüsselpersonen existieren. Der Fachpromotor³⁹ überwindet die Barriere des „Nicht-Wissens“⁴⁰ durch sein Fachwissen, während der Machtpromotor durch seine Position in der Hierarchie dazu beiträgt, die Barriere des „Nicht-Wollens“⁴¹ zu überwinden. Dieses Konzept wird von verschiedenen Autoren um einen „process helper“⁴² bzw. einen Prozesspromo-

34 Dies umfasst nicht medizinisch notwendige plastische Operationen, die als Versicherungsleistungen gelten.

35 Vgl. Rogers (1983).

36 Wicher (1999), S. 522-532.

37 Hauschildt/Schewe (1997), S. 507.

38 Vgl. Hauschildt (1993).

39 Vgl. Witte (1973).

40 Hauschildt/Schewe (1997), S. 508.

41 Ebenda, S. 508.

42 Vgl. Havelock (1973).

tor⁴³ erweitert, der administrative Barrieren bei der Einführung der Innovation in der Organisation überwindet.

Die Adoption eines Innovationskeimlings hängt folglich primär von der Existenz und Funktionsfähigkeit der Schlüsselpersonen ab. Sie rekrutieren sich aus den „Stakeholders“ einer Organisation. Ihre wichtige Rolle bei der Innovationsadoption macht es notwendig, zunächst einmal zu klären, welche Stakeholder bei diesem Prozess beteiligt sind und welches Eigeninteresse sie verfolgen. Anschließend ist zu analysieren, ob überhaupt die Notwendigkeit einer Veränderung besteht. Jede Neuerung bedeutet Kosten, Risiko und Unannehmlichkeit.⁴⁴ Folglich muss die Funktionalität des Systemregimes untersucht werden. In einem gut funktionierenden System ist die Wahrscheinlichkeit, Machtpromotoren für die Implementierung einer neuen Ideen zu finden, relativ gering. Aber auch in einer Krisenphase wird die Systemsteuerung zuerst versuchen, das alte Regime zu erhalten. Wie Heinze und Kill⁴⁵ zeigen, werden als erstes Ausgleichsmechanismen innerhalb der gegebenen Struktur gesucht, bevor insbesondere Makroinnovationen angenommen werden. Dies kann zur künstlichen Stabilität, zur Metastabilität führen. Dabei ist der Adoptionsdruck „um so stärker, je fundamentaler die Krise ist“, ⁴⁶ d.h., „bei schwacher Krisenhaftigkeit entsteht nicht genügend Druck zur Neuerung“.⁴⁷

Auch wenn die Systemmängel schmerzlich wahrgenommen werden, muss dies nicht unmittelbar zur Adoption der Neuerung führen. Wie Singh⁴⁸ und Petrini⁴⁹ zeigen, „verhält sich die Annahme von Neuerungen umgekehrt proportional zu ihrer Komplexität“.⁵⁰ Komplexe Makroinnovationen haben folglich nur dann eine Chance sich durchzusetzen, wenn der Krisendruck extrem groß ist. Innovationskeimlinge von Makroinnovationen werden deshalb oftmals erst in extremen Krisen wahrgenommen und stellen dann ein neues – für viele überraschendes – Paradigma dar.⁵¹ Die Komplexität der Entscheidungssituation muss v.a. durch den Fachpromotor überwunden werden.

Von großer Bedeutung sind auch die Kosten der Innovationsadoption. Neben den direkten Kosten, die durch den Aufbau neuer Strukturen (z.B. Kauf von Betriebsmitteln) entstehen, sind die indirekten Kosten der Transitionsphase zu berücksichtigen. Während der Umstellungsphase kann die Leistung der Organisation geringer sein als unter Beibehaltung des alten Systemregimes. Diese Kosten sind insbesondere dann hoch, wenn die Einführung suboptimal erfolgt. Hier kommt dem Prozesspromotor eine entscheidende Rolle zu, der durch seine Organisationskenntnisse eine schnelle Rückkehr in eine synchrone Phase ermöglichen kann. Ohne ihn scheitert die Implementierung einer hervorragenden Neuerung an administrativen Problemen.

43 Hauschildt/Chakrabarti (1988), S. 378-389.

44 Reichart (1999), S. 140.

45 Heinze/Kill (1987), S. 39.

46 Walter (1997), S. 76.

47 Ebenda, S. 78.

48 Vgl. Singh (1966).

49 Vgl. Petrini (1966).

50 Leder (1989), S. 14.

51 Ritter (1991), S. 146.

Entscheidend für das Verständnis der Innovationsadoption ist auch die individuelle Innovationsneigung der Promotoren und Entscheidungsträger. Die Bereitschaft, das Wagnis einer Neuerung einzugehen, hängt dabei von kulturellen Werten wie z.B. der Zeitpräferenz oder der Risikobereitschaft ab. Personen mit hoher Gegenwartsorientierung und hoher Risikoaversion werden die suboptimale derzeitige Problemlösung einer besseren, aber ungewissen zukünftigen Variante vorziehen.⁵² Hieraus leitet Rogers⁵³ die These ab, dass Innovationen mit Präventionsfunktion nur sehr schwer durchgesetzt werden können. Abbildung 4 zeigt noch einmal die Komplexität des Prozesses der Innovationsadoption.

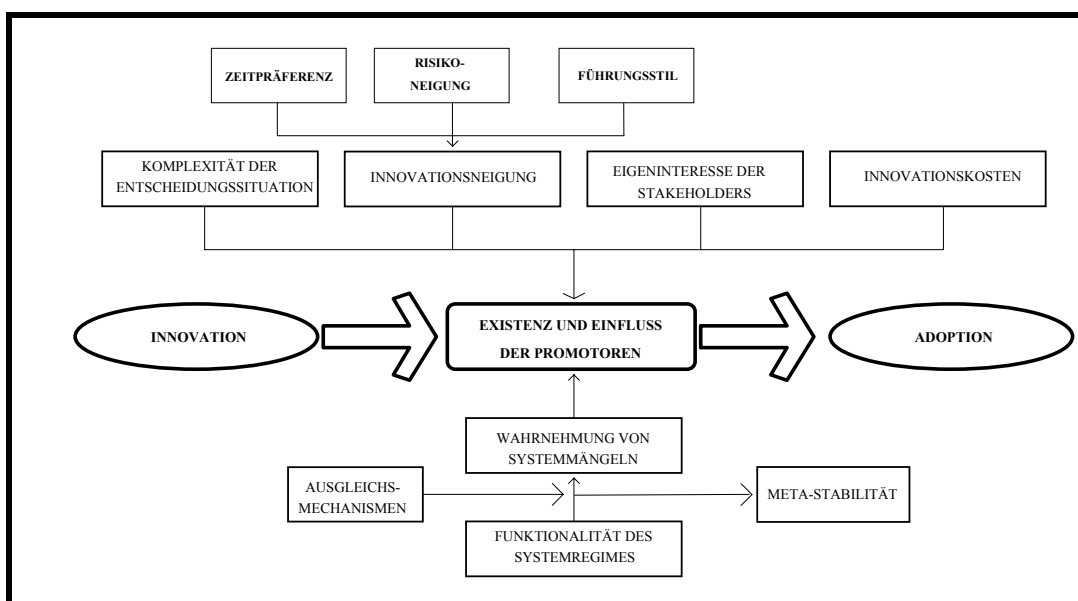


Abb. 4: Modell der Innovationsadoption

Quelle: Eigene Darstellung

Das Konzept eines präventiven, gesundheitsförderlichen kirchlichen Gesundheitswesens wurde vor 40 Jahren in Tübingen entwickelt, in der Primary Health Care Bewegung und in der Ottawa Charter weiterentwickelt und auf der Mikroebene in zahlreichen Programmen und Modellprojekten ausprobiert. Bislang kam es jedoch nicht zur Adoption als Makroinnovation in der Diakonie, insbesondere in Deutschland. Betrachtet man die Voraussetzungen obigen Modells für eine Innovationsadoption, so verwundert dies nicht. Erstens wurden die Systemmängel lange Zeit nicht wahrgenommen. Zwar gab es schon immer Krisen in den diakonischen Krankenhäusern und einige mussten auch schließen, aber insgesamt haben die diakonischen Träger ihre Marktposition gut halten können. Die primäre Führungsinformation des Krankenhausmanagements ist die Gewinn- und Verlustrechnung. Solange diese ausgeglichen bleibt (was im Zeitalter der Kostendeckung durch die Krankenkassen fast immer der Fall war), gibt es keinen Grund, eine andere Konzeption zu adoptieren. Systemmängel des Gesundheits- und Sozialsystems wurden vom diakonischen Management nicht wahrgenommen. So stellt bspw. der 2. Armuts- und

⁵² Vgl. Röpke (1983), S. 111-143.

⁵³ Vgl. Rogers (1983), S. 218.

Reichtumsbericht klar den Zusammenhang von Armut und Krankheit her,⁵⁴ und die UNICEF prangert Deutschland als ein Land mit zunehmender Kinderarmut mit entsprechenden Gesundheitsfolgen an.⁵⁵ Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist unumstritten,⁵⁶ aber die Kirchen haben die armutsbedingten Ursachen von Krankheiten jedoch bislang kaum als Angriffspunkte fokussiert.

Die Einführung der DRGs als flächendeckendes Entgeltsystem könnte eine erhebliche Finanzkrise insbesondere in den kleinen Krankenhäusern auslösen. Die DRGs sind so berechnet, dass das durchschnittliche Krankenhaus seine durchschnittlichen Kosten decken kann. Dies bedeutet, dass systemimmanent kleinere Krankenhäuser benachteiligt werden. Da eine größere Anzahl von kirchlichen Krankenhäusern dieser Größenklasse angehören, ist mit einer erheblichen Finanzkrise zu rechnen.

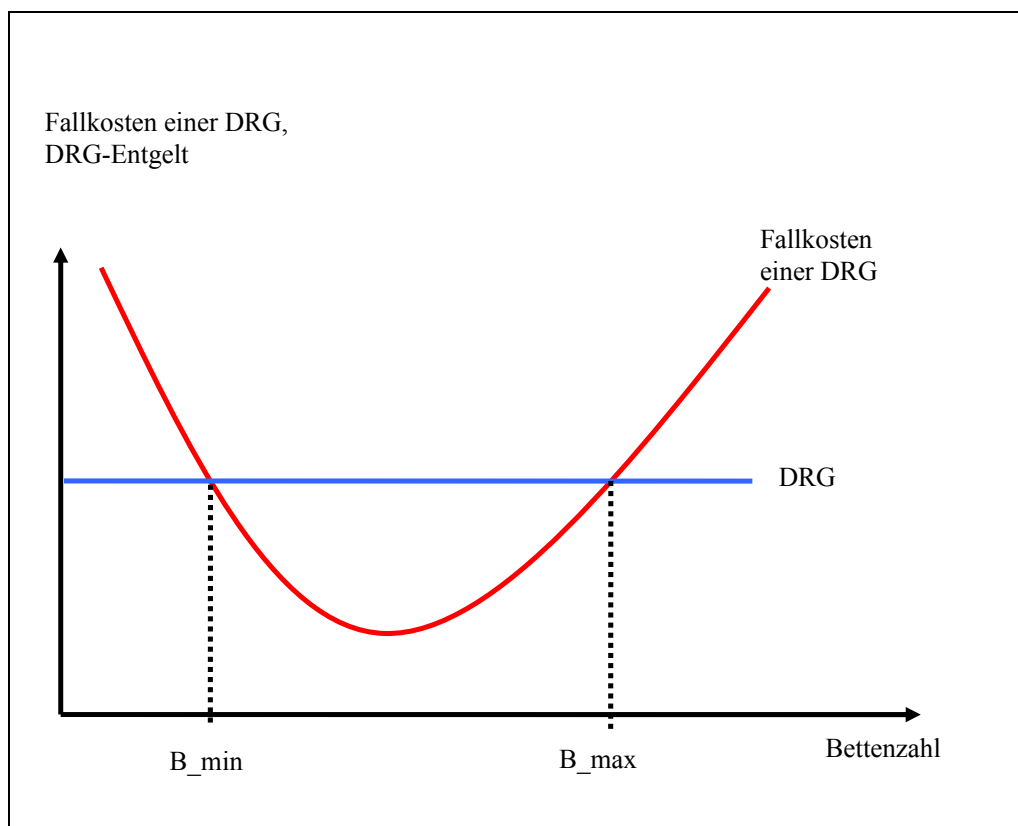


Abb. 5: Kosten und Erlöse im DRG-System

Quelle: Eigene Darstellung

Diese Finanzkrise ist aus Sicht der Adoption der Prävention und Gesundheitsförderung in der Diakonie zu begrüßen. Erst eine tief greifende Systemkrise kann die Bereitschaft der Machtpromotoren erhöhen, Gesundheitsförderung und Primary Health Care als Standardmodell der Diakonie zu adoptieren.

Die wichtigsten Machtpromotoren in der Diakonie sind noch immer Theologen. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, eine fundierte Aussage über die Zeitpräferenz und das Risi-

⁵⁴ Bundesrepublik Deutschland (2005), S. 131.

⁵⁵ Vgl. UNICEF (2005), S. 25.

⁵⁶ Mielck (2005), S. 23-54.

koverhalten dieser Berufsgruppe zu treffen, so weit dies überhaupt pauschal möglich ist. Auch die Eigeninteressen der Führungskräfte der Diakonie sollen hier ausgeklammert werden. Vielmehr sollen die Transitionskosten und die Komplexität der Entscheidung diskutiert werden.

Die Einführung der Gesundheitsförderung und der Primary Health Care als Fundament diakonischer Gesundheitsarbeit erfordert, dass diese Konzepte verstanden werden. Tatsächlich handelt es sich jedoch um komplexe Makroinnovationen, die weit mehr in Frage stellen als nur die Existenz von Krankenhäusern. Die Kirchengemeinde als heilender Körper Christi würde in den Mittelpunkt diakonischen Denkens treten. Hierzu müssten weite Bereiche theologischen Denkens und kirchlicher Praxis verändert werden. Gemeindebezogene Diakonie müsste verpflichtendes Lehrfach in der theologischen Ausbildung, diakonische Zirkel in den Gemeinden müssten finanziell unterstützt und kirchliche Sportarbeit müsste gefördert werden. Eine Makroinnovation erfordert neue Ausbildungsgänge, veränderte Strukturen und Prozesse. Und sie fordert Opfer.

Diese Opfer könnten zum Teil die Einrichtungen der institutionellen Diakonie sein. Zumindest für eine Zwischenphase (Transitionsphase) kommen Kosten auf die Diakonie zu, die sie nicht tragen kann. Abbildung 6 zeigt die entsprechenden Kostenverläufe. Während der Phase T1 bis T2 liegen die Gesamtkosten des Gesundheitssystems deutlich über den Kosten, die anfallen würden, wenn die alte Krankenhausfokussierung beibehalten werden würde. Dieser Übergang kann Jahrzehnte andauern – und ist derzeit kaum zu finanzieren. Folglich würde bei Knappheit der Mittel eine Umstellung des diakonischen Gesundheitswesens nur möglich sein, wenn zwischenzeitlich eine schlechtere diakonische Leistung und eine schlechtere Versorgung akzeptiert werden würden. Eine Systemumstellung ist stets ein Investitionsakt und nur möglich, wenn man die – in diesem Falle weit entfernte – Zukunft so hoch schätzt, dass man in der Gegenwart ein Opfer auf sich nimmt. Hierzu scheint derzeit aber in der Diakonie keiner bereit zu sein.

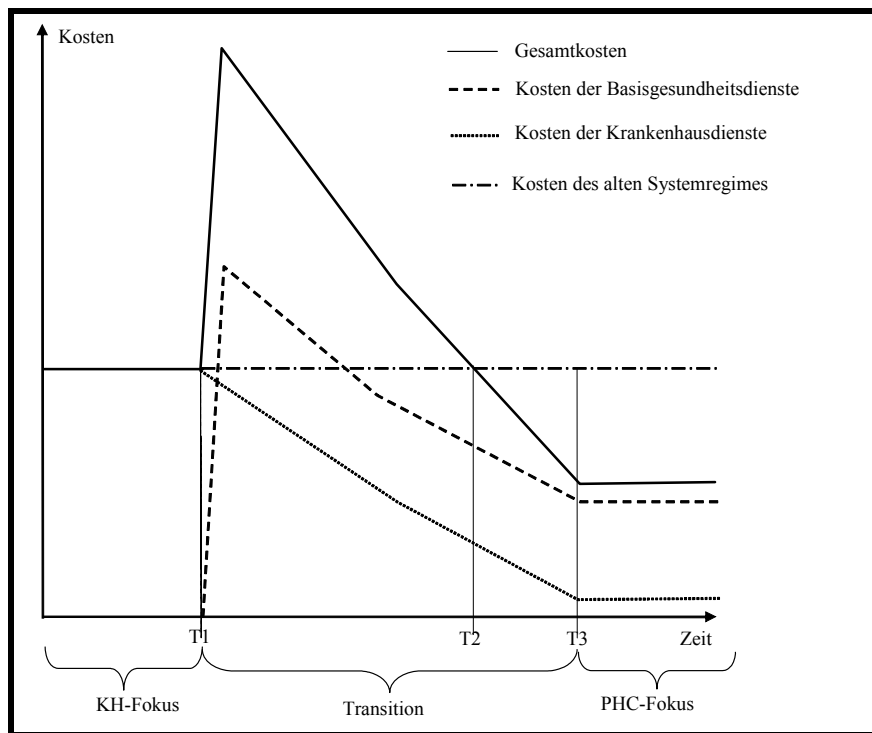


Abb. 6: *Transitionskosten*

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend können wir festhalten, dass eine Umstellung der diakonischen Leistungspolitik dringend geboten ist. Sowohl der biblische Befund als auch die allgemein anerkannte gesundheitspolitische Konzeption erfordern eine Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung bei gleichzeitiger Basisorientierung, was nur durch den Abbau von Krankenhäusern und den Aufbau von Basisgesundheitsdiensten möglich ist. Kirchengemeinden haben ein Potenzial großer Basisnähe, das genutzt werden kann. Ambulante Pflegedienste, Besuchsdienste („Vorlesehilfe“), Nachbarschaftshilfe (Einkaufen, Rasen Mähen etc.), Freundeskreise, Gebetskreise, Gemeindegastgruppen („Spiritual Walking“), Salbungs- und Segnungskreise könnten gegründet oder noch viel stärker ausgebaut werden. Sie dürfen jedoch nicht auf zu entgeltenden Fachkräften beruhen, sondern müssen alle Christen einer Gemeinde einbeziehen, da die diakonische Dimension christlicher Existenz nicht an Profis delegierbar ist. Diese Umstellung würde Schulung der Theologen und Laien, Organisation durch überörtliche Träger und zumindest in der Aufbauphase einen erheblichen Finanzbedarf bedingen. Hierzu müssten zumindest einige der diakonischen Krankenhäuser verkauft werden, um die Finanzierungslücke zu schließen.

Abstract

Steffen Fleßa, Health Promotion as Diaconic Call

Diaconic Health Care; health promotion; hospital industry; prevention

Diaconic institutions are providing mainly curative care. Prevention and health promotion are usually of low importance for diaconic trustees. This paper argues that concentration on curative care is contradicting the biblical call, the health policy concept of the World Health Organisation and the economic reality. Furthermore, it demonstrates which factors have caused the failure of moving towards health promotion and prevention in the diaconic work. This analysis is based on a system theoretic framework.

Literaturverzeichnis

- Adegoroye, Anu (1989), Community health care, London, Basingstoke
- Bundesrepublik Deutschland (2005), Lebenslagen in Deutschland, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Berlin
- Diakonisches Werk Deutschland (2003), Einrichtungsstatistik, Stand 1. Januar 2002, Stuttgart
- Diesfeld, Jochen u.a. (1997), Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Berlin u.a.
- Diesfeld, Jochen und Wolfgang Bichmann (1989), Primary Health Care – Primäre Gesundheitspflege oder Utopie?, Medizin in Entwicklungsländern, Frankfurt am Main
- Ewert, D. Merrill (1990), A new agenda for medical missions, Brunswick
- Fleßa, Steffen (2002), Gesundheitsreformen in Entwicklungsländern, Frankfurt am Main
- Fleßa, Steffen (2004), Betriebswirtschaftliche Aspekte der Bezuschussung karitativer Monopolisten, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 27, Heft 2, S. 178-186
- Fleßa, Steffen (2005), Die Zukunft der Kleinst- und Kleinkrankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, erscheint Ende 2005
- Fountain, Daniel (1989), Health, the Bible and the church, Wheaton
- Grundmann, Christoffer (1992), Gesandt zu heilen!, Gütersloh
- Hauschildt, Jürgen (1993), Innovationsmanagement, München
- Hauschildt, Jürgen und Abhirup K. Chakrabarti (1988), Arbeitsteilung im Innovationsmanagement – Forschungsergebnisse, Kriterien und Modelle, in: Zeitschrift Führung und Organisation, Vol. 57, S. 378-389
- Hauschildt, Jürgen und Gerhard Schewe (1997), Gatekeeper und Promotoren – Schlüsselpersonen in Innovationsprozessen in statischer und dynamischer Perspektive, in: Die Betriebswirtschaft, Vol. 57, S. 506-516
- Havelock, Ronald G. (1973), The change agent's guide to innovation, Englewood Cliffs
- Heinze, Wolfgang und Heinrich Kill (1987), Chancen und Grenzen der neuen Informations- und Kommunikationstechniken, Räumlich Wirkungen der Telematik, Forschungs- und Sitzungsberichte der Akademie für Raumforschung, Bd. 169, Hannover, S. 21-72
- Jakob, Beate (1997), Der Mensch als vieldimensionale Einheit, Die Anthropologie Paul Tillichs und ihre Konsequenzen für das Verständnis von Heilung, Gelbe Beilage, Nachrichten aus der ärztlichen Mission, April-Juni 1997, Tübingen
- Leder, Matthias (1989), Innovationsmanagement – ein Überblick, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Ergänzungsheft 1, S. 1-54
- McGilvray, James (1979), The quest for health, An interim report of a study process, Cleator Moor (England)
- McGilvray, James (1982), Die verlorene Gesundheit – das verheißene Heil, Tübingen
- Mielck, Andreas (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern
- Petrini, Frank (1966), The rate of adoption of selected agricultural innovations, Agricultural College of Sweden, Report 53, Uppsala
- Ram, Eric (Hrsg.) (1995), Transforming health, Christian approaches to healing and wholeness, Monrovia
- Reichart, Thomas (1999), Bausteine der Wirtschaftsgeographie, Bern, Stuttgart und Wien
- Ritter, Wigand (1991), Allgemeine Wirtschaftsgeographie, München
- Rogers, Evert Mitchell (1983), Diffusion of innovations, New York und London
- Röpke, Jochen (1977), Die Strategie der Innovation, Tübingen

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Baden-Baden
- Scheel, Martin (1988), Kann Glaube heilen, Breklum
- Schweikart, Jürgen (1992), Räumliche und soziale Faktoren bei der Annahme von Impfungen in der Nord-West Provinz Kameruns, in: Heidelberger geographische Arbeiten, Heft 92, Heidelberg
- Scotney, Norman (1983), Health education, African Medical and Research Foundation, rural health series, No. 3, Nairobi
- Shaffer, Range (1987), Beyond the dispensary, Nairobi
- Singh, R. M. (1966), Characteristics of farm innovations associated with the rate of adoption, in: Agricultural Extension Education Report, Vol. 14, Guelph, Ontario
- Städtler-Mach, Barbara (1993), Das evangelische Krankenhaus: Entwicklungen – Erwartungen – Entwürfe, Ammersbek bei Hamburg
- Streefland, Pieter und Jarl Chabot (1990), Implementing primary health care, Experiences since Alma-Ata, Amsterdam
- UNICEF (2005), Child poverty in rich countries, New York
- Walter, Rolf (1997), Evolutorische Wirtschaftsgeschichte, Zum Verhältnis von Wirtschaftsgeschichte und Evolutio-
rischer Ökonomik, in: WiSt, Heft 2, 1997, S. 75-79
- Werner, David (1987), Where there is no doctor, A village health care handbook for Africa, Palo Alto
- WHO (1946), Constitution of the World Health Organisation, 22. Juli 1946, Genf
- WHO (1973), Organisational study on methods of promoting the development of basic health services, Genf
- WHO (1978), Alma-Ata 1978 – primary health care, Report on the International Conference on Primary Health
Care, 6-12. September 1978, Genf
- WHO (1989), Ottawa Charter, Genf
- Wicher, Hans (1999), Technologietransfer, in: WISU, Heft 4, S. 522-532
- Wilson, Michael (1983), Exploration in health and salvation, in: A selection of papers by Bob Lambourne, hrsg. von
M. Wilson, Birmingham
- Witte, Eberhard (1973), Organisation für Innovationsentscheidungen – das Promotorenmodell, Göttingen
- Young, Beverly und Susan Durston (1992), Primary health education, Harlow