

Medikalisierung und alternde Gesellschaft

Dietrich Grönemeyer, Thomas Welt

Wissenschaft und Politik sehen sich mit der ‚Herausforderung Alter‘ einem noch jungen Problem ausgesetzt. Dass das Alter des Menschen ein individuelles und besonders ein gesellschaftliches Problem sein könne, trat entscheidend erst in das Bewusstsein von Wissenschaft und Politik, als sich die demographischen Daten entsprechend verschoben und die Prognosen eine weitere ‚Alterung der Gesellschaft‘ voraussagten. Betrug z. B. der Anteil der älteren Menschen über 60 Jahren 1953 in Deutschland noch um die 15%, so waren es im Jahre 2000 bereits um die 23%.¹ Prognostiziert sind für Deutschland eine Zunahme von rund 10 Millionen Menschen im Alter von und über 60 Jahren für das Jahr 2050 gegenüber einer Abnahme der Zahl der 20- bis 60-Jährigen um rund 16 Millionen, wobei die Zahl der Hochbetagten am stärksten wachsen wird. Beträgt ihre Zahl heute rund 3 Millionen, so wird es im Jahre 2050 8 bis 10 Millionen Menschen im Alter von 80 Jahren und darüber geben.²

Es ist von medizinischer Seite nicht zu leugnen, dass das menschliche Alter, insbesondere die Hochbetagtheit, nicht selten dem ausgesetzt ist, was mit dem Wort Multimorbidität bezeichnet wird. Nach den *Abgrenzungskriterien der Geriatrie* liegt geriatritypische Multimorbidität dann vor, wenn aus den Merkmalkomplexen *Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz, Dekubitalulcera, Fehl- und Mangelernährung, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Depression und Angststörung, chronische Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, herabgesetzte Belastbarkeit und Gebrechlichkeit, starke Seh- und Hörbehinderung, Medikationsprobleme, hohes Komplikationsrisiko* mindestens zwei Merkmale gegeben sind bei gleichzeitigem Vorliegen eines hohen Risikos der eingeschränkten Selbständigkeit im Alltag.³ Am Klinikum Nürnberg z. B. bedeutet das bei 77-jährigen Patienten im Mit-

¹ Hans-Werner Wahl, Vera Heil: Gerontologie. Einführung und Geschichte, Grundriss Gerontologie, Bd. 1, Stuttgart 2004, 23. Vgl. auch die gesellschafts- und wissenschaftshistorische Epochenenteilung hinsichtlich des Phänomens der Hochaltrigkeit in: Hans-Werner Wahl, Christoph Rott: Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Bd. 1, Hannover 2002, 5-95, hier 12 f.

² Herwig Birg, Jürgen Flöthmann: Langfristige Trends der demographischen Alterung in Deutschland, in: Arnold M. Raem, Hermann Fenger, Gerald Kolb, Thorsten Nikolaus, Ludger Pientka, Reinhard Rychlik, Thomas Vömel (Hgg.): Handbuch Geriatrie. Lehrbuch für Praxis und Klinik, Düsseldorf 2005, 63-72, besonders 71.

³ Markus Borchelt, Ludger Pientka, Norbert Wrobel (Red.): Abgrenzungskriterien der Geriatrie, Version V 1.3, erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., Berlin 2004, 6.

tel mehr als sieben Diagnosen, wobei geriatrische, neurologische und psychiatrische Krankheiten fast immer kombiniert sind.⁴

Es versteht sich von selbst, dass ein derartiger Befund dazu beiträgt, das Alter allein unter dem Aspekt der notwendigen medizinischen Intervention zu betrachten und den alten Menschen ausschließlich unter das Verdikt somatischer und psychischer Defizienz zu stellen. Das Alter scheint damit in besonderem Maße für den enteignenden und entmündigenden Zugriff der Biomedizin auf den Menschen geeignet zu sein. In der kritischen Diskussion um die Rolle des westlichen wissenschaftlichen Medizinparadigmas hat sich seit den 70-iger Jahren in diesem Zusammenhang der Begriff der Medikalisierung etabliert.

Es kann hier nicht der Ort sein, allen Schattierungen dieses Begriffes nachzugehen. Insbesondere dem Medikalisierungs- oder Medizinierungsbegriff des französischen Philosophen Michel Foucault, der als Ursache für den hegemonialen Anspruch der Biomedizin auf das Leben die historische Genese des medizinisch-wissenschaftlichen Blicks auf den menschlichen Körper ausmacht⁵, kann hier nicht weiter nachgegangen werden. Es sollen nur die charakteristischen gemeinsamen Strukturelemente des Medikalisierungsbegriffs dargestellt werden, die auch für unseren Beitrag wichtig sind.

Der kritische Begriff der Medikalisierung muss vor dem Hintergrund eines Gesundheitsverständnisses gesehen werden, das Gesundheit weniger an objektive wissenschaftliche Daten und dadurch ermöglichte Normierungen bindet, sondern vielmehr die Interpretierbarkeit von Gesundheit betont und demgemäß als kulturelles Konstrukt ansieht.⁶ Dieser Auffassung von der geschichtlichen Kontingenz der Gesundheit stand entgegen eine scheinbar naturwissenschaftliche Fixierung von Gesundheit als dem Ziel biomedizinischen Handelns. Kulturelle und individuelle Unterschiede, Fragen der Persönlichkeitsstruktur des Patienten, eben subjektive Parameter sowie die Wichtigkeit des Arzt-Patienten-Dialoges spielten nur mehr eine untergeordnete Rolle, wenn es darum ging zu bestimmen, was es je und je für einen Patienten heißen kann, gesund zu sein. Fast schien es so, als sei der Begriff der Gesundheit exklusiv von der Medizin als Fachterminus okkupiert worden. In Reaktion auf diese

⁴ Cornel Christian Sieber: Geriatrie: Medizin des 21. Jahrhunderts? In: Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen, Neue Folge, Bd. 9, 2, herausgegeben im Auftrag der Sozietät von Karl-Heinz Plattig, Erlangen und Jena 2004, 3-22, hier 11.

⁵ Vgl. Regina Brunnett: Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit, in: Anhorn, Roland; Bettinger, Frank; Stehr, Johannes (Hgg.): Foucaults Machtanalyse und Soziale Arbeit, Wiesbaden 2007, 169-184, hier 175-177; Michel Foucault: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt am Main⁸2008; französ. Originalausgabe unter dem Titel: Naissance de la Clinique. Une archéologie du regard médical, Paris 1963.

⁶ Vgl. Dietrich Grönemeyer, Theo Kobusch, Heinz Schott (Hgg.), Thomas Welt (Mitarb.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Ars medicinae 1, Tübingen 2008; Regina Brunnett: Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit, a. a. O. [5] hier 170 f.

Beschlagnahme eines für das menschliche Leben zentralen Begriffes wie die Gesundheit durch die wissenschaftliche Medizin entwickelte sich unter dem Terminus „Medikalisierung“ eine grundlegende Kritik am abendländischen Konzept der Heilkunde. Einschlägig ist hier Ivan Illichs *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, in der Erstauflage aus dem Jahre 1975.⁷

Der Schlüsselbegriff bei Illich ist die sogenannte *Iatrogenesis*. Mit diesem Wort werden üblicherweise gesundheitsschädigende Effekte beschrieben, die durch medizinische Interventionen hervorgerufen werden. Illich differenziert den Begriff in die klinische, die soziale und die kulturelle Iatrogenesis. In unserem Zusammenhang möchte ich mich auf die kulturelle Iatrogenesis konzentrieren. Sie entsteht, wenn – wie Illich sagt – „der Medizin-Betrieb den Willen der Menschen schwächt, ihre Realität zu erleiden“⁸. Man könnte hier vielleicht deutlicher davon sprechen, dass der Medizinbetrieb nach Illich die Menschen dahingehend entmündigt, dass sie sich der Realität nicht mehr in authentischer Weise aussetzen. Dazu gehört natürlich einerseits Krankheit und Tod zu ertragen, aber auch die „Wirklichkeit zu meistern“, Erfolge zu genießen, „sich in Lust und Schmerz lebendig zu fühlen“. Auch Illich versteht unter der Gesundheit eine offene Größe, die sich jeweils anders in verschiedenen Kulturen entwickelt und jeweils andere Umgangsweisen mit „Schmerz, Krankheit, Schwäche und Tod“ ausprägt. Dieser kulturellen Differenzierung entgegen steht die Medikalisierung durch den sogenannten kosmopolitischen Medizinbetrieb. Er nivelliert national und international die traditionell entwickelten Gesundheitsprogramme und verhindert auch eine neu angepasste Ausdifferenzierung der Diätetik, also eines bewussten Umgangs mit der eigenen Gesundheit und Krankheit.⁹ Der Mensch wird zunehmend seiner Eigenverantwortung für die Gesundheit und seiner Autonomie beraubt.¹⁰

An dieser Stelle erhebt sich nun die Frage, wie man bei einem Befund zunehmender Morbidität – wie oben beschrieben – und angesichts einer nicht gewollten medizinischen Vereinnahmung dem alten Menschen von medizinischer Seite gerecht werden kann. Betrachtet man Gesundheit allein oder im Wesentlichen als somatische Größe, wie es die Biomedizin lange Zeit getan hat, so wird man in der Tat sagen müssen, dass ein alter Mensch durchschnittlich weniger gesund ist als ein junger Mensch. Ein zunehmender medizinischer Interventionismus scheint aus dieser Perspektive unausweichlich zu sein, wenn die Gesellschaft ihren älteren

⁷ Ivan Illich: *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, München 2007, Erstauflage unter dem Titel „Die Enteignung der Gesundheit“, Reinbek bei Hamburg 1975.

⁸ Ivan Illich: *Die Nemesis der Medizin*, a. a. O. [7] 91, zit. ebda.

⁹ Ivan Illich: *Die Nemesis der Medizin*, a. a. O. [7] 91-93, zit. 91 f.

¹⁰ Regina Brunnett: Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit, a. a. O. [5] hier 172.

Mitgliedern ein lebenswürdiges Dasein ermöglichen möchte. Der alte Mensch wird geradezu dadurch charakterisiert, dass er zunehmend professionelle medizinische Hilfe in Anspruch nehmen muss.

So war es nur folgerichtig, dass sich mit dem Siegeszug der naturwissenschaftlichen Biomedizin im 19. und 20. Jahrhundert das reine *Defekt-, Defizit- oder Verfallsmodells* des Alters etablierte, das sich in hohem Maße auf die somatischen Aspekte des Alterns stützte. Das Alter des Menschen und seine spezifischen bzw. potentiellen Defizite wurden nun nicht mehr als naturgegebene Begleiterscheinung eines ebenso naturgegebenen Lebensprozesses angesehen. Im Sinne eines *pars pro toto* wurden die somatischen Defizite des alternden Menschen als das entscheidende Merkmal des Alterns in den Blick genommen. Der alternde Mensch war daher als alterndes Lebewesen an sich krank, Altern bedeutete, zumindest im stillschweigenden gesellschaftlichen Konsens, Krankheit und Funktionsstörung. Der Begriff der Altersschwäche wurde abgelöst durch ein pathologisierendes Vokabular wie ‚Krankheiten des Herzens‘ und ‚Krankheiten der Gefäße‘, wie ‚Verschleiß‘ und ‚Abnutzung‘. Alle medizinischen Alterungstheorien des 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts sahen das Altern als degenerativen Prozess an. Insofern wurde das Alter selbst zu einer Herausforderung der Medizin. Die Schlagworte der ‚Verjüngungskur‘ oder ‚Verjüngungslehre‘ und aus der heutigen Sicht zweifelhafte Experimente wie die Transplantation von Tierhoden auf Menschen zur Verlangsamung des Alterungsprozesses erregten am Anfang des 20. Jahrhunderts Aufsehen.¹¹

Mit der Entwicklung der Gerontologie und ihrem zunehmenden multi- und interdisziplinären Zuschnitt, insbesondere einer stärkeren Akzentuierung psychologischer und sozialer Altersforschung, verlor das dem biologischen Materialismus als Metatheorie verpflichtete *Defizitmodell* seinen Referenzcharakter für die Gerontologie. Die Beobachtung, dass der Gebrauch, die Übung oder die Aktivierung von Funktionen, sei es im körperlichen, sei es im geistig-seelischen Bereich, sei es im sozialen Verhalten, dem Verfall körperlicher und geistiger Potentiale bzw. dem sozialen Rückzug entgegenwirken, spiegelte sich als Theorie im *Disuse- oder Aktivitätsmodell* wider. Damit wurde die Perspektive des biologisch determinierten Alterns verlassen, vielmehr die Beeinflussbarkeit biologischer Prozesse in den Blick genommen. Auf der somatischen Ebene kamen die Begriffe Prävention und Rehabilitation zu größerer Prominenz, Angebote geistiger Übung, verstärkte soziale Aktivität der alten Menschen und ein angepasster Lebensstil wurden gefordert, der in gesundheitsförderndem Verhalten, aber auch einer bewussten Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess und seinen nicht zu bestreitenden Ver-

¹¹ Peter Borscheid: Der alte Mensch in der Vergangenheit, in: Paul B. Baltes, Jürgen Mittelstraß: Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin, New York 1992, 35-61, hier 47-49.

lusten zum Zwecke der Schaffung einer neuen Sinnperspektive bestehen sollte. Der Nachteil des *Aktivitätsmodells* bestand aber in seiner unspezifischen Sicht auf den alten Menschen. In vielen Bereichen waren die Normen, die es zu erreichen oder einzuhalten galt, die gleichen, die auch für jüngere Menschen gefordert wurden, d. h., der alte Mensch hatte sich jung zu halten. Das *Kompetenzmodell* versucht dagegen dem spezifischen Lebensabschnitt des Alters gerecht zu werden. Es geht von der Tatsache aus, dass der Mensch nicht in allen Lebensaltern die gleichen Ressourcen hat und auch nicht den gleichen Anforderungen ausgesetzt ist. Er wird als „entwicklungsoffenes System“ betrachtet, was auch einschließt, dass die Erfahrung der eigenen Endlichkeit reflektorisch und praktisch auf einem höheren Niveau erschlossen wird, als es dem jungen und von beruflichen Anforderungen beanspruchten Menschen zumeist möglich ist.¹²

Empirische Daten belegen, dass aller Anlass besteht, einem Kompetenzmodell des Alterns den Vorzug vor den anderen Modellen zu geben. Was die somatische Perspektive anbetrifft, so muss betont werden, dass die durchschnittliche Lebenserwartung steigt, dass also mehr Menschen als in den früheren Jahrhunderten die Chance haben, das biologische Maximum einer menschlichen Lebensspanne auszuschöpfen. Quantität muss allerdings durch Qualität ergänzt werden, d. h., dass die gewonnenen Jahre auch von den alternden Menschen als lebenswert empfunden werden und dass sie nicht in einem Siechtum verbracht werden. Nicht ein am Somatischen haftender Gesundheitsbegriff kann hier Maßstab sein, sondern eher das, was wir gute Lebensqualität oder Wohlbefinden nennen. Zurückhaltende Schätzungen Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts gehen davon aus, dass bisher ungefähr 30% der gewonnenen Jahre bei Frauen und 20% bei den Männern in Vitalität verbracht werden. Eine Erhöhung dieser Anteile lässt sich durch die aktive Gestaltung des eigenen Lebens erreichen, wobei der Schwerpunkt der medizinischen Intervention auf der Prävention oder Prophylaxe zu liegen scheint; selbst chronische Erkrankungen lassen sich beinahe immer durch den persönlichen Lebensstil der betroffenen Person positiv beeinflussen.¹³ Der Medizin kommt in diesem Modell eine Hilfsfunktion zu,

¹² Erhard Olbrich: Ansichten über Altern im historischen Wandel, in: Wolf D. Oswald, Ursula M. Lehr (Hgg.): *Altern. Veränderung und Bewältigung*, Bern 1991, 11-27, hier 11-13.

¹³ Erhard Olbrich: Ansichten über Altern im historischen Wandel, a. a. O. [12] 13-27, mit Verweis auf entsprechende empirische Daten: z. B. für die körperliche Entwicklung vgl. Alvar Svanborg: *Biomedical and Environmental Influences on Aging*, in: Robert N. Butler, H. P. Gleason (Hgg.): *Productive Aging. Enhancing vitality in later life*, New York 1985, 15-27; Barry A. Edelstein, Larry Michelson: *Handbook of Prevention*, New York 1986; für die Intelligenzentwicklung und Persönlichkeitsflexibilität vgl. Paul B. Baltes, K. Warner Schaie, Amal H. Nardi: *Age and Experimental Mortality in a Seven-Year Longitudinal Study of Cognitive Behavior*, in: *Developmental Psychology* 5 (1971) 18-26; Robert N. Butler: *Health, Productivity, and Aging. An overview*, in: Robert N. Butler, H. P. Gleason (Hgg.): *Productive Aging*, a. a. O. 1-13; Ursula Lehr: *Psychologie des Alterns*, Heidelberg 1984; zur Möglichkeit der Steigerung der

die die somatischen und psychischen Ressourcen zu aktualisieren oder zu rehabilitieren hat, damit der alte Mensch in die Lage versetzt wird, sein Leben mit altersspezifischem Sinn und Inhalt zu füllen.

Ist das aber nicht ein Wunschtraum, der der gesellschaftlichen Realität völlig entgegengesetzt ist? Kann man nicht gerade an den Ausgaben für die Gesundheit sehen, dass der alte Mensch kostenintensiv ist und geradezu an den Tropf der Medizin gehängt werden muss, um noch eine gewisse Lebensspanne vor sich zu haben? In diesem Zusammenhang möchte ich noch kurz auf eine weitere Medikalisationsthese zu sprechen kommen, die sich auf den Rahmen der Allokationsproblematik von Finanzmitteln beschränkt und dort mit der so genannten Kompressions- these konkurriert.

Die allokativen Medikalisationsthese geht davon aus, dass verbesserte Behandlungsmöglichkeiten zu einer Steigerung der Lebensdauer führen, die aber wiederum eine höhere Morbiditätsrate und damit steigende Kosten im Gesundheitswesen zur Folge haben werde.¹⁴ Demgegenüber behauptet die Kompressionsthese, dass bei Zunahme der Lebenserwartung und der Morbidität die Kosten für die Behandlung der komorbiden Erkrankungen geringer würden. Man könne die Kosten für die einzelnen Erkrankungen nicht einfach aufaddieren. Zudem dürfte bei einer Zunahme der Lebenserwartung die altersspezifische Gesamtmorbidität relativ sogar sinken.¹⁵

Für die allokativen Medikalisationsthese gibt es wenige empirische Belege.¹⁶ Demgegenüber verweisen Studien wie die von Reiner Hans Dinkel (Universität Bamberg) darauf, „dass jüngere Bevölkerungsgrup-

fluiden Intelligenz im Alter vgl. Gisela Labouvie-Vief, Judith N. Gonda: Cognitive Strategy Training and Intellectual Performance in the Elderly, in: *Journal of Gerontology* 31 (1976) 327-332; K. Warner Schaie, Sherry L. Willis: Generational Differences in Adult Personality. Cross-sectional and longitudinal analyses. Vortrag auf der Jahrestagung der International Society for the Study of Behavioral Development, July 16, 1987, Tokyo; für die soziale Entwicklung vgl. Irving Rosow: Status and Role Change through the Life-Span, in: Robert H. Binstock, Ethel Shanas (Hgg.): *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York 1976, 457-482; Erhard Olbrich, Hermann-Josef Fisseni: Konstanz und Veränderung der Rollenstruktur im Alter, in: Ursula Lehr, Franz E. Weinert: *Entwicklung und Persönlichkeit*, Stuttgart 1975, 171-182.

¹⁴ Louis M. Verbrugge: Longer Life but Worsening Health? Trends in health and mortality of middleaged and older persons, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62 (1984) 475-519; Walter Krämer: Wir kurieren uns zu Tode. Die Zukunft der modernen Medizin, Frankfurt am Main 1993; ders.: Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als Opfer ihres eigenen Erfolgs, in: Wilhelm Kirch; Hartmut Kliemt (Hgg.): *Rationierung im Gesundheitswesen*, Regensburg 1996, 7-19.

¹⁵ James F. Fries: Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: *The New England Journal of Medicine* 303 (1980) 130-135; ders.: The Compression of Morbidity, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 61 (1983) 397-419.

¹⁶ Vgl. auch für das Folgende Franz Hessel: Die Abhängigkeit der Ausgaben für die medizinische Behandlung vom Alter und von der Restlebenszeit. Aktueller Stand der gesundheitsökonomischen Forschung, in: Jan Schildmann, Uwe Fahr, Jochen Vollmann (Hgg.): *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin. Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik, Ethik in der Praxis/Practical Ethics. Kontroversen/Controversies*, hg. Hans-Martin Sass, Bd. 24, Berlin 2006, 233-250, hier 237-248.

pen in allen Lebensphasen über 60 Jahren gegenüber älteren Kohorten nicht nur einen Gewinn an Lebensjahren mit chronischen Erkrankungen erfahren, sondern einen weitaus höheren Gewinn an Jahren, die in kompletter Gesundheit verbracht wurden“.¹⁷ Danach kann man vermuten, dass die Faktoren, die für die durchschnittliche Erhöhung der Lebenserwartung ursächlich sind, auch zu einer Erhöhung der gesundheitlichen Stabilität führen und das Morbiditätsalter in die höheren Lebensjahre verschieben. Nach weiteren Studien wie die von Peter Zweifel, Stefan Felder und Markus Meier ergibt sich das Bild, dass sich die gesamten Ausgaben für die Akutversorgung und für verschreibungspflichtige Medikamente durch eine höhere Lebensdauer nicht wesentlich erhöhen, sondern die Pflege und sonstige häusliche Versorgung einen Kostenanstieg bei älteren Menschen verursachen.¹⁸ Der Kostenanstieg ist überdies konzentriert auf die letzten Lebensjahre vor dem Tod, so dass es sich eher um eine Verschiebung der Kosten aufgrund der höheren Lebenszeit handelt als um eine altersbedingte Kostenerhöhung.

Als Resümee kann man feststellen, dass die nicht wünschenswerte gesellschaftliche Medikalisation mittlerweile durch die Bemühungen auch von Gerontologie und Geriatrie konterkariert wird und die allokativen Medikalisationsthese aufgrund gewichtiger empirisch-gesundheitsökonomischer Studien zumindest angezweifelt werden kann. Die Ärzte sollten auf jeden Fall das Diktum von Samuel Ullman „Youth is not a time of life – it is a state of mind“ mit ihren medizinischen Möglichkeiten unterstützen.¹⁹

¹⁷ Reiner Hans Dinkel: Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik Deutschland auf der Basis von Kohortendaten, Universität Bamberg 1998; zit. Franz Hessel: Die Abhängigkeit der Ausgaben für die medizinische Behandlung vom Alter und von der Restlebenszeit, a. a. O. [16] 237.

¹⁸ Peter Zweifel, Stefan Felder, Markus Meier: Ageing of Population and Health Care Expenditure. A red herring, in: Health Economics 8 (1999) 485-496.

¹⁹ Vgl. Samuel Ullman: Youth, in: Jane Manner, Jennie Mannheimer (Hgg.): The Silver Treasury. Prose and Verse for Every Mood, New York, Los Angeles 1934, 323 f.