

Gut gemeint, aber am Ziel vorbei: Wem nutzen Gesundheitsinformationen wirklich?

- I. Grundidee und Fehlschlüsse der informierten Gesundheitskompetenz
- II. Selektiver, v.a. exklusiver Nutzen der informierten Gesundheitskompetenz
- III. Adressatengerechte Kommunikation, Information, Gesundheitskompetenz

Die Grundidee der informierten Gesundheitskompetenz

- Viele Menschen sind unzureichend informiert und kompetent
- Viele Menschen wären gesünder, wenn sie informierter und kompetenter wären
- Alle Menschen wollen informiert und kompetent werden
- Alle Menschen können informiert und kompetent werden

Die Grundidee der informierten Gesundheitskompetenz

- Viele Menschen sind unzureichend informiert und kompetent
- ≠ Viele Menschen wären gesünder, wenn sie informierter und kompetenter wären
- ≠ Alle Menschen wollen informiert und kompetent werden
- ≠ Alle Menschen können informiert und kompetent werden

Gesundheitskompetenz

umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten und verbessern.

Gesundheitskompetenz umfasst

1. das Wissen
2. die Motivation
3. die Fähigkeit
4. relevante Informationen zu finden
5. zu verstehen
6. zu beurteilen
7. anzuwenden
8. um in der Krankheitsbewältigung
9. in der Krankheitsprävention
10. in der Gesundheitsförderung
11. Urteile fällen und
12. Entscheidungen treffen zu können
13. die die Lebensqualität während des Lebensverlaufs
14. erhalten und
15. verbessern.

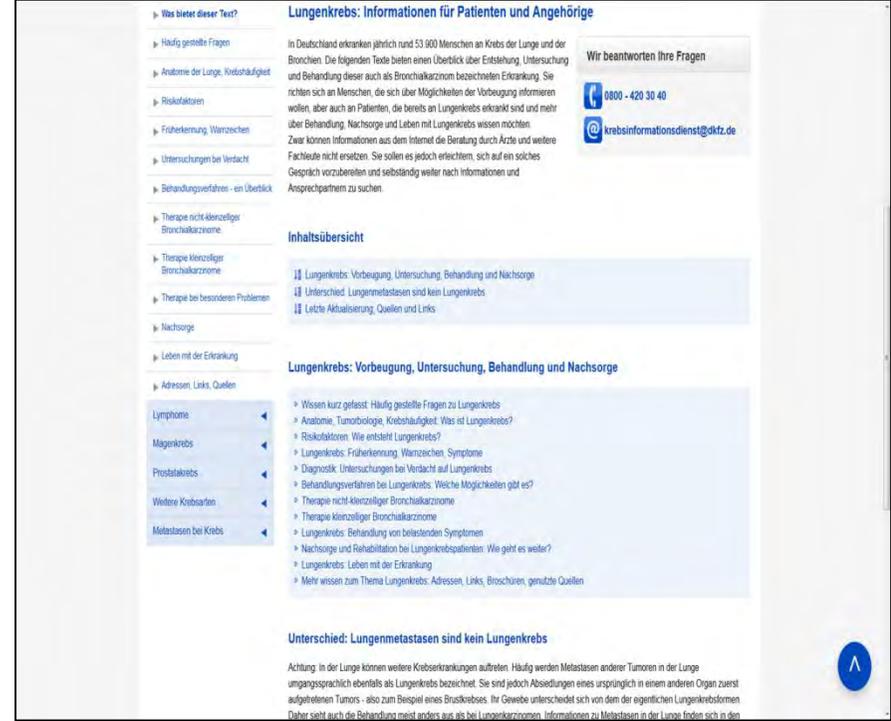
Computer-Kompetenz umfasst

1. das Wissen
2. die Motivation
3. die Fähigkeit
4. relevante Informationen zu finden
5. zu verstehen
6. zu beurteilen
7. anzuwenden
8. um bei einem PC-Kauf
9. bei einer PC-Reparatur
10. bei den PC-Updates
11. Urteile fällen und
12. Entscheidungen treffen zu können
13. die einen reibungslos funktionierenden PC
14. erzeugen und
15. langfristig garantieren.



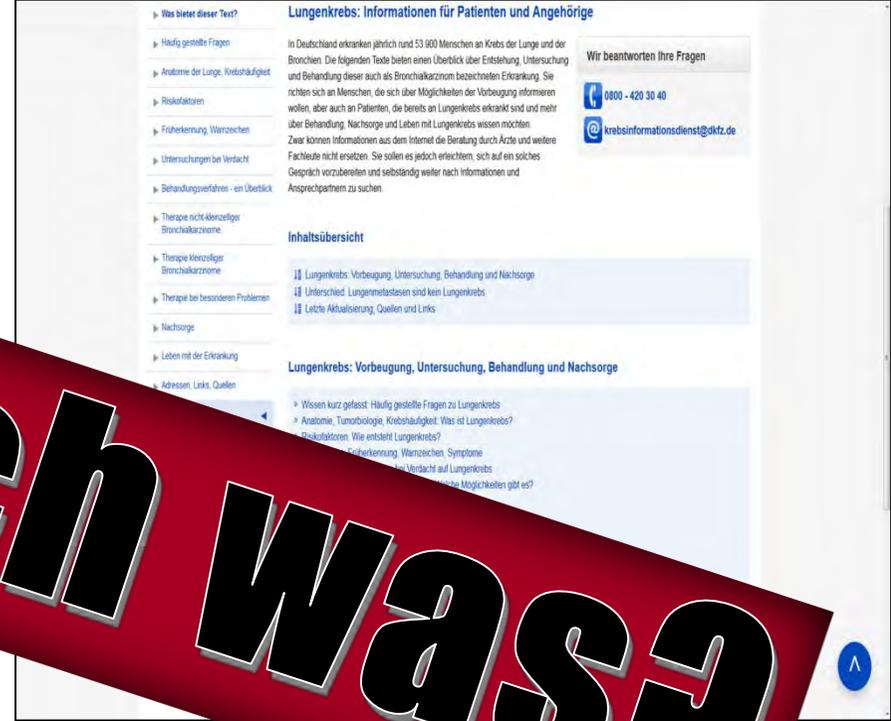
Lungenkrebs-Management-Kompetenz umfasst

1. das Wissen
2. die Motivation
3. die Fähigkeit
4. relevante Informationen zu finden
5. zu verstehen
6. zu beurteilen
7. anzuwenden
8. um in der Krankheitsbewältigung
9. in der Krankheitsprävention
10. in der Gesundheitsförderung
11. Urteile fällen und
12. Entscheidungen treffen zu können
13. die die Lebensqualität während des Lebensverlaufs
14. erhalten und
15. verbessern.



Lungenkrebs-Management-Kompetenz umfasst

1. das Wissen
2. die Motivation
3. ... zu finden
6. zu ...
7. anzuwenden
8. um in der Krankheits
9. in der Krankheitsprävention
10. in der Gesundheitsförderung
11. Urteile fällen und
12. Entscheidungen treffen zu können
13. die die Lebensqualität während des Lebensverlaufs
14. erhalten und
15. verbessern.



Fehlschluss 1:

Informierte Gesundheitskompetenz ist **stets herstellbar**

- Gesundheit ist komplex und zukunftsungewiss
 - Lieber fetten Lachs oder fettarme Forelle essen?
 - Lieber bewegungsförderlich Rad oder unfallsicher Bus fahren?
- Gesundheitsfakten basieren auf Wahrscheinlichkeitsrechnung und sind für den Einzelnen wenig hilfreich. U-50-Frauen fühlen sich z.B. benachteiligt von der Ü-50-Mammographie-Regel: Es ist schwer zu vermitteln und zu verstehen, dass eine 49-jährige Frau nicht profitiert
- Gesundheitskompetenz hängt maßgeblich ab von allgemeiner Bildung. Wer ungern zur Schule ging, hat häufiger wenig Freude am lebenslangen Lernen
- Der deutsche Begriff Bildung und Vorläufer des Kompetenzbegriffs stammt ursprünglich aus dem 14. Jahrhundert und zielte auf die Realisierung der Ebenbildlichkeit Gottes

⇒ „Die wichtigste Kompetenz ist die Kompetenzsteigerungskompetenz“ (Reichenbach 2014, S. 9)

Fehlschluss 2:

Informierte Gesundheitskompetenz ist **stets gesundheitsnützlich**

- Sie entfaltet gesundheitliche Wirkung v.a. unter gesunden Lebensbedingungen und verschärft auf diese Weise gesundheitliche Benachteiligung
- Sie entfaltet weniger gesundheitliche Wirkung unter ungesunden Lebensbedingungen: Der arme Raucher stirbt eher als der reiche Raucher
- Sie entfaltet positive soziale Wirkung als distinktives Statussymbol: Mein Powerfrühstück, mein Pausenyoga, meine Marathonbestzeit
- Sie entfaltet negative soziale Wirkung, scheidet Masse von Klasse: Wer Übergewicht hat oder raucht, ist in der Wettbewerbsgesellschaft benachteiligt
- Wirkungslosigkeit von Gesundheitskompetenz ist nicht vorgesehen und wird als absichtsvolles Fehlverhalten bzw. absichtslose Minderleistung dem Einzelnen überantwortet

Fehlschluss 3:

Informierte Gesundheitskompetenz ist für alle **persönlich wünschenswert**

- Menschen werden nicht gefragt, ob sie gesundheitskompetent sein möchten und welche konkreten Präferenzen sie haben, z.B. verschont zu werden mit angsterzeugendem Wissen
- Nicht für alle Menschen sind Information und Kompetenzgewinn Teil des Lebensstils (sie gucken keine Fernsehdokus, machen keine Studiosus-Reisen und keine Weiterbildungen)
- Nicht in allen Lebensbereichen streben alle Menschen nach und verfügen über informierte Kompetenz (Autoreparatur, kaputte Heizung etc.)
- Nicht alle Menschen interessieren sich für Gesundheitsinfos und Gesundheitskompetenz, für sie ist Gesundheit Mittel zum Zweck, nicht positiver – und freizeittauglicher – Selbstzweck
- Nicht alle Menschen streben nach gesundheitlicher Selbstkompetenz, sondern wollen sich im Krankheitsfall auf die Expertise der Gesundheitsprofis verlassen können

⇒ „Also, ich geh ja nicht, weil ich so viel Zeit übrig habe, und erkundige mich nach Diabetes, wenn ich mit Diabetes nix am Hut hab“ (Kraft & Schemel 2005, S. 29).

Fehlschluss 4:

Informierte Gesundheitskompetenz basiert auf **evidenzbasierten Fakten**

- Menschen sind keine nur rationalen Informationsbeschaffer: Sie nutzen Infos aus Zeitung, Internet, TV, fragen Freunde und Fachleute, behalten dieses und vergessen jenes und komponieren daraus eine persönliche gesundheitsbezogene Information
- Sog. Surrogate-Seeker (z.B. Partner) tragen zusätzlich zur Informationsbeschaffung bei, sie bilden sich eine eigene Meinung und speisen sie ein in das Info-Paket
- Der persönliche Vertrauentypus bestimmt, wessen Infos für relevant gehalten werden
 - Expertise-Gläubige vertrauen v.a. Gesundheitsprofis
 - Bindungs-Gläubige vertrauen v.a. Angehörigen
 - Erfahrungs-Gläubige vertrauen v.a. Betroffenen
- Auch Profis sind keine rein rationalen Akteure: Ärzte z.B. entscheiden oft am Machbaren orientiert: aus Angst vor Behandlungsfehlern, Wunsch der Patienten, Einkommensmehrung

Fehlschluss 1-4:

Gesundheitskompetenz: Rettungsmetapher mit begrenzter Realisierungschance

- Warum hat die Idee der Gesundheitskompetenz eine so starke Durchsetzungskraft?

SGB V § 20: „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung:

Bei der Aufgabenwahrnehmung [werden] acht Gesundheitsziele berücksichtigt ...

Ziel 5: gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten **stärken**“

- Wem nutzt das beharrliche Festhalten an der Idee der Gesundheitskompetenz?

Gut gemeint, aber am Ziel vorbei: Wem nutzen Gesundheitsinformationen wirklich?

- I. Grundidee und Fehlschlüsse der informierten Gesundheitskompetenz
- II. Selektiver, v.a. exklusiver Nutzen der informierten Gesundheitskompetenz
- III. Adressatengerechte Kommunikation, Information, Gesundheitskompetenz

Informierte Gesundheitskompetenz nutzt dem **Autonomie-Anspruch der Leistungsträger**

Theorie: Jeder ist seines Glückes Schmied

Jeder kann und will seine Gesundheit selbst schmieden – zumindest dazu befähigt werden

Empirie: Menschen sind nicht absolut, sondern relational autonom

- **Spätestens im Krankheitsfall erkennen wir unsere Abhängigkeit: „I need help, not a lecture“**
- **„Weil wir alle verletzlich sind, sind wir allen verpflichtet“ (Judith Butler)**
- Mündige Autonomie passt v.a. zum Charakter-Ideal des souveränen Mannes
- Frauen sind skeptischer gegenüber der Autonomie-Idee, sie kennen und befürworten relationale Autonomie – sind häufiger für Masernimpfpflicht, Rauchverbot, Tempolimit etc.

Informierte Gesundheitskompetenz nutzt den Menschen aus hohen Soziallagen

Theorie: Jeder kann einen guten Gesundheitszustand erreichen, der sich gesund verhält

Empirie I: Günstiges Gesundheitsverhalten ist v.a. in hohen Soziallagen verbreitet

- Rauchen 20 / 40% (hohe / geringe soziale Lage)
- Sportliche Inaktivität 17 / 48%
- Adipositas 13 / 37%

Empirie II: Günstiges Gesundheitsverhalten kompensiert nicht ungünstige Verhältnisse
Menschen aus niedrigen Soziallagen sterben rund zehn Jahre eher (73 / 82 Lebensjahre)

- wohnen häufiger an lärmbelasteten Hauptstraßen
- sind häufiger mit Verkehrs- und Schimmelschadstoffen konfrontiert
- sind häufiger von belastenden Arbeitsbedingungen und von Arbeitslosigkeit betroffen
- sind häufiger von Schlafstörungen betroffen

Informierte Gesundheitskompetenz nutzt den Gesundheitsprofis

Theorie: Jeder Mensch ist verantwortlicher Koproduzent seiner Gesundheit

Empirie: Gesundheitsverantwortung wird von starken auf schwache Schultern umverteilt

- Gesundheitsprofis profitieren von dem präventionspflichtigen Individuum. Denn es entlastet sie z.B. gegenüber Behandlungsgrenzen insbesondere bei chronischen Krankheiten
- Gesundheitsprofis profitieren vom Mündigen-Patienten-**Imperativ**: „**Bediene dich deines Verstandes und entscheide selbst**“ Das entlastet Profis z.B. bei Behandlungsentscheidungen
- Gesundheitswirtschaft profitiert vom Gesunden-Bürger-Imperativ: Der Umsatz der Functional Food Branche beträgt ~5 Mrd. € im Jahr (180 Mrd. € insgesamt in der Ernährungsbranche)
- Gesundheitsprofis gehören zu den Verantwortungseliten. Aufgrund ihrer Privilegien und ihres Gestaltungspotenzials haben sie Verantwortung gegenüber anderen und dem Gemeinwohl

Informierte Gesundheitskompetenz nutzt der **neoliberalen Sozialpolitik**

Theorie

- Das neoliberale Menschenbild: Pluripotente Selbstunternehmer, die ihre Lebensrisiken in Eigenregie meistern sollen und können
- Das neoliberale Staatsverständnis: Nicht der Wohlfahrtsstaat, sondern der Minimalstaat kann bestmöglich Wohlstand und Wohlbefinden der Bevölkerung sichern

Empirie: Aufgabe des Sozialstaats ist Rationalisierung, nicht Rationierung von Versorgung

- Verhinderung von Überversorgung
- Verhinderung von Unterversorgung
- Verhinderung von Fehlversorgung
- Veränderung der politischen Fokussierung von der Einnahmen- zur Ausgaben-Seite

Gut gemeint, aber am Ziel vorbei: Wem nutzen Gesundheitsinformationen wirklich?

- I. Grundidee und Fehlschlüsse der informierten Gesundheitskompetenz
- II. Selektiver, v.a. exklusiver Nutzen der informierten Gesundheitskompetenz
- III. Adressatengerechte Kommunikation, Information, Gesundheitskompetenz

Zugegeben, es gibt spannendere Freizeitbeschäftigungen als die eigenen Finanzen.

Dieses Buch ist für alle, die keine Lust haben, viel Zeit in ihr Geld zu investieren.

Gesundheit
adressatengerecht

Zugegeben, es gibt spannendere Freizeitbeschäftigungen als die eigene Gesundheit.
Dieses Buch ist für alle, die keine Lust haben, viel Zeit in Gesundheit zu investieren.

Gesundheit adressatengerecht

Inhaltsverzeichnis

1. Mein ~~Geldanlage~~ Gesundheits-Ziel
2. Meine ~~Geldanlage~~ Gesundheits-Fragen
3. ~~Geldanlage~~ Gesundheits-Experten-Talk
4. Top 3 für mehr ~~Geld~~ Gesundheit

Mein Gesundheits-Ziel

1. „Gesundheit ist, möglichst ohne größere Handicaps durchs Leben zu gehen, die mich davon abhalten, einigermaßen das zu machen, was ich machen möchte“
(Zick Varul 2004, S. 22)
2. „Wenn ich an Gesundheit denke, dann denke ich erst mal an Geld. Bin lange nicht mehr im Urlaub gewesen, zehn Jahre ... Einfach mal Beine hochlegen, wohin fahren, wo es warm ist“ (Gesund-Forschungsteam 2018, S. 8)
3. „Wichtig ist ein gutes Verhältnis innerhalb der Familie. Wenn es meinen Kindern gut geht, geht es mir auch gut. Und umgekehrt genauso“ (Wippermann 2011, S. 224)
4. „Ich hab HIV und den Rückhalt meiner Kollegen“ (BZgA und DAH, Weltaidstag 2012)

Meine Gesundheits-Fragen

1. Ich will nicht aufhören zu rauchen, wie kann ich mein Krebsrisiko reduzieren?
2. Ich finde Sport furchtbar, wie kann ich trotzdem schlank bleiben?
3. Ich mag kein Gemüse, welche Nahrungsergänzungs-Mittel soll ich nehmen?
4. Welche Partei muss ich wählen, damit die Bürgerversicherung eingeführt wird?
5. Wie kann ich meine Stadt dazu bringen, das Schwimmbad zu erhalten?

Gesundheits-Experten-Talk

Experte A: „Viele Menschen stört es, dass Politik alles verbieten will, was schön und tröstlich ist: Fleisch, Süßigkeiten, Alkohol ...“

Expertin B: „Doch man kann von den Menschen auch nicht verlangen, beständig sündenfrei zu handeln: kein Fleisch, keine Süßigkeiten, kein Alkohol...“

Experte C: „Stimmt. Es ist die Aufgabe von Politik, Menschen davon zu entlasten, beständig engelhaftes Verhalten an den Tag legen zu müssen.“

Expertin D: „Wichtig ist dabei, nur die wirklich schädlichen Themen zu identifizieren und nur diese politisch zu bearbeiten.“

Top 3 für mehr Gesundheit

1. Bürgerversicherung einführen

1. Stärkt die Finanzierbarkeit von Gesundheitsförderung & Krankenversorgung
2. Stärkt die solidarische Verteilung gesundheitsbezogener Chancen & Lasten
3. Nimmt die Wohlhabenden in die Pflicht

2. Autofahren erschweren

1. Fördert die Bewegungsmöglichkeiten für alle im Alltag
2. Reduziert Umwelt- und Lärmbelastungen vor allem für die Schwächsten
3. Nimmt die Arbeitgeber in die Pflicht (Dienstwagen, Homeoffice etc.)

3. Fleischkonsum erschweren

1. Verbessert den Ernährungsstatus der Bevölkerung
2. Reduziert Umweltbelastungen und verbessert das Tierwohl
3. Nimmt die niedrigen Soziallagen mit erhöhtem Fleischkonsum in die Pflicht

Und die nächsten Auflagen richten sich adressatengerecht an:

- 1. Politische Mandatsträger aller Parteien – zwecks Einführung einer Bürgerversicherung**
- 2. Kraftfahrzeugindustrie und Verkehrsplanung – zwecks Hemmung des Autofahrens**
- 3. Landwirtschaft und Lebensmittelindustrie – zwecks Hemmung des Fleischkonsums**

Adressatengerechte Kommunikation ist,
wenn alle angesprochen werden.

Denn Menschen brauchen für ein gutes gesundes Leben die Hoffnung, dass ihre Wünsche und Ziele realisiert werden können. Diese Hoffnung darf nicht allein darauf basieren, die Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können.

Menschen müssen darauf vertrauen können, in einer fairen Gesellschaft zu leben, in der auch andere dazu beitragen wollen und werden, dass ihr Leben gelingt.

Ausgewählte Literatur

- Bachl, M. & Mangold, F. (2017): Gesundheitsbezogene Informationsrepertoires. In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S.81-92). Baden-Baden: Nomos.
- Baumann, E. et al. (2017): Medien als Unterstützer einer informierten Entscheidung? Qualitätsaspekte der Presseberichterstattung über Brustkrebsfrüherkennung. In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S. 49-59). Baden-Baden: Nomos.
- Bohlken, E. (2011): Die Verantwortung der Eliten. Eine Theorie der Gemeinwohlpflichten. Frankfurt a. M.: Campus.
- Borchel, C. (2014): Hoffnung als Sinn für Möglichkeit und Unverfügbarkeit: Kontrapunkte zur Philosophie der Lebenskunst. Münster: mentis.
- Bremer, H. (2014): Die Transformität sozialer Selektivität: Soziale Milieus und Traditionslinien der Weiterbildung. In: H. Bremer & A. Lange-Vester (Hrsg.), Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur (S. 190-215). Wiesbaden: Springer VS.
- Dittrich, D.A.V. (2011): Predictably Irrational: The Hidden Forces That Shape Our Decisions. In: Journal of Economic Psychology 32 3, S. 526-528
- Drolet, B.C. & White, C.L. (2012): Selective paternalism. American Medical Association Journal of Ethics - Virtual Mentor 14 7, 582-588
- Finger, B. et al. (2018): **Möglichkeiten, Grenzen und Implementierung des „Klugen Entscheidens“ im deutschen Gesundheitswesen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1, S. 7-12.**
- Foster, C. (2009): Choosing Life, Choosing Dead: The Tyranny of Autonomy in Medical Ethics and Law. Oxford: Hart Publishing.
- Gesund!Forschungsteam (2018). Der Blick von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf Gesundheit. In: Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2, S. 7-8
- Greß, S, Lungen, M. (2017): Die Einführung einer Bürgerversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 3-3, S. 68-74.
- Kakarmath, S et al (2018): Association between literacy and self-rated poor health in 33 high- and upper-middle-income countries. International J of Public Health, 63, 213-222
- Kahnemann, D. (2012): Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler
- Kraft, J. & Schemel, J. (2005). Wissensaneignung medizinischer Laien. In G. Wetz (Hrsg.), Gesunde Ansichten (S. 21-40). Frankfurt am Main: Kulturanthropologische Notizen.
- Link, E. et al. (2017): Schlüsselfaktor Vertrauen: Die Bedeutung unterschiedlicher Vertrauensinstanzen für das Informationshandeln im Kontext von Schwangerschaften. In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S. 93-107). Baden-Baden: Nomos.
- Ludolph, R. et al. (2017): Wie sehen Schweizerinnen unter 50 Jahren das systematische Mammographie-Screening. In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S. 211-224). Baden-Baden: Nomos.
- Mackenbach, J.P. (2012): The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. In: Social Science and Medicine 75 4, S. 761-769
- Mackenzie, C./Stoljar, N. (2000): Autonomy refigured. In: Mackenzie, C./Stoljar, N. (Hrsg.): Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. New York: Oxford University Press, S. 3–34
- Mühlhauser, I. (2017): Unsinn Vorsorgemedizin. Reinbek: Rowohlt
- Reichenbach, R. (2017). Bildung, Kompetenz und soft skills: Eine kritische Reflexion. In: Suchtmagazin 4, 4-10.
- Reifegerste, D et al. (2017): Wer sind die Surrogate-Seeker? In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S. 119-129). Baden-Baden: Nomos.
- RKI – Robert Koch Institut (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Berlin: RKI
- Sannemann, W. (2018): Wohnungslosigkeit und Gesundheit In: Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2, S. 11-12.
- Setton, D. (2013): Entfremdung vom Unvermögen. Zur Dekonstruktion von Vermögen. In: Busch, K./Draxler, H. (Hg). Theorien der Passivität. München: Wilhelm Fink
- Sukalla, F. et al (2017): Transdisziplinarität und Partizipativität bei der Entwicklung einer Kampagne zur Reduktion der Passivrauchbelastung bei Kindern. In: Lampert, Claudia & Grimm, Michael (Hrsg.) Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld (S. 187-198). Baden-Baden: Nomos.
- Thaler, R.H./Sunstein, C.R. (2008): Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Berlin: Econ.
- Vallgård, S. (2012): Nudge – A new and better way to improve health? In: Health Policy 104 2), S. 200-203



Exklusive Gesundheit

Über Gesundheit zu reden funktioniert auf Fachkongressen und im Wartezimmer genauso gut wie auf Partys und Parteitag. Interessant an all diesen verschiedenen Gesundheitserzählungen sind folgende Fragen: Worüber wird geredet? Wer redet viel und wer wenig? Warum und mit welcher Wirkung wird geredet? Die Erzählforschung untersucht die Funktionsweisen von alltäglichen und wissenschaftlichen Erzählungen und ihre Potenziale, die Wirklichkeit nicht nur zu beschreiben und zu erklären, sondern auch zu beeinflussen. Das Thema Gesundheit unter Erählperspektive zu beleuchten ist gewinnbringend, denn während die fachlichen Inhalte des Gesundheitsnarrativs sehr weitreichend erkundet werden, sind seine begleitenden erzählerischen Elemente kaum beforscht, obwohl sie z.B. Aufschluss darüber geben können, warum der Waschbrettbauch den Wohlstandsbauch als sichtbares Zeichen von erfolgreicher Lebensführung ablösen konnte und wie das Erzählen diese Wirklichkeitstransformation begleitet hat. Beim faktual-fiktionalen Gesundheitsnarrativ geht es also nicht um die Wahrheit und nichts als die Wahrheit, sondern erzählt wird eine spannende Geschichte über Wohlbefinden und Wehklagen, tugendhafte und sündige Lebensweisen, fitte Gewinner und matte Verlierer.

Der Inhalt

- Hauptsache Gesundheit
- Diskurse, Geschichten, Erzählungen
- Die Geschichte der tugendhaften Reinheit
- Die Erzählung von der guten Gesundheit
- Von der reinen Gesundheit zu lässigem Wohlbefinden

Die Zielgruppen

- Sozial- und Gesundheitswissenschaftler
- Sozialarbeiter und Mediziner

Die Autorin

Dr. Bettina Schmidt ist Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der EvH Rheinland-Westfalen-Lippe.

ISBN 978-3-658-17929-8



9 783658 179298

▶ springer-vs.de