

Joseph Kuhn

Gesundheit, Krankheit und Public Health

Noch ein Kommentar zu Rolf Weitkunat: „New Public Health“, Prävention 4/2004

„Da zeitlich wie der Wertschätzung nach die Gesundheit vor der Krankheit kommt, müssen wir zunächst darauf achten, wie man sie bewahren kann, und erst in zweiter Linie, wie man (...) Krankheiten heilt.“
Galen, 129-199 n. Chr.

Der Beitrag von Rolf Weitkunat ist, das muss man ihm lassen, in jeder Hinsicht inspirierend. Weitkunat wirft wichtige Fragen auf, die zeigen, dass sich Public Health über weite Strecken mehr auf einem gewachsenen common sense in der Gesundheitsförderungs-Gemeinde als auf festem theoretischen Boden bewegt, er argumentiert spitz und witzig, wie das in deutschen Artikeln leider sehr selten ist – und er hat genauso oft recht wie er falsch liegt. So müssen Debattenbeiträge sein!

Begriffe: Was ist Gesundheit, was ist Krankheit?

Fangen wir beim Begriffe-Machen an. Rolf Weitkunat bestreitet, dass der Gesundheitsbegriff überhaupt etwas Fassbares in der Wirklichkeit repräsentiert. Es sei ein „scholastischer Scheinbegriff“, eine Reifikation, eine platonische Idee. Dagegen sei der Krankheitsbegriff ein „prädikativer Gattungsbegriff“, der die Menge einzelner Krankheiten umfasst wie der Wald die Bäume. Die einzelnen Krankheiten wiederum könne man mit „biometrischen, psychometrischen, biochemischen und technischen Mitteln“ messen und zählen. Etwas forscht wird da das Mess- und Zählbare zum Inbegriff des Wirklichen erklärt – als ob der Operationalismus seine besten Tage nicht schon hinter sich hätte, aber dazu später.

Dass der Gesundheitsbegriff ein sperriges Ding ist, dem wird man zustimmen. Ein Blick in die Literatur belehrt darüber, dass die diversen Begriffsdefinitionen schon auf der kategorialen Ebene ganz Unvereinbares versammeln, von Körperzuständen über die statistische Normalität bis hin zu ökonomischen Sachverhalten.

Versuche zur Begriffsklärung: Gesundheit ist ...

- ... das Schweigen der Organe (*Leriche*)
- ... dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen (*Friedrich Nietzsche*)
- ... bedeutet, mit seinen Krankheiten leben zu lernen (*Klaus Dörner*)
- ... ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (*WHO*)
- ... die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können (*Sigmund Freud*)
- ... was Spaß macht (*Heiko Ernst*)
- ... ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirkliche Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist (*Talcott Parsons*)
- ... Verdienstaustausch (*Arzt, unbekannt*)
- ... Wehrkraft (*Nazi-Propaganda*)

Dennoch, bleiben wir bei der subjektiv gefühlten Gesundheit, ich denke, der Begriff hat mindestens so viel Realitätsgehalt wie der Krankheitsbegriff. Hier geben Bauch/Franzkowiak in ihrer Replik auf Weitkunat unnötig gesundheitswissenschaftliches Terrain preis, wenn sie Gesundheit ebenfalls als „begriffliche Leerstelle ohne (...) Objektrepräsentanz“ sehen. Eher ist Gesundheit eine begriffliche Lehrstelle. Gadamers Formulierung von der „Verborgenheit der Gesundheit“, auf die sowohl Weitkunat als auch Bauch/Franzkowiak Bezug nehmen, meint eben nicht, dass da nichts ist, sondern nur, dass da etwas Verborgenes ist, etwas, das sich subjektiv durch die Abwesenheit der Krankheit bemerkbar macht. Das ist ein gewichtiger Unterschied. Es ist ja nicht so, dass mit der Heilung der Krankheit, also der Abwesenheit der Krankheit, auch die geheilten Organe oder Funktionssysteme verschwinden würden. Sie arbeiten dann eben wieder zufrieden stellend im Dienste der Handlungsfähigkeit und Weltzugewandtheit der Menschen. Die Aufmerksamkeit des gesunden

Menschen ist nicht mehr so sehr auf seine körperlichen oder psychischen Funktionen gerichtet, sondern auf die Welt und ihre Anforderungen, die körperlichen und psychischen Funktionen treten zurück in die Gadamersche Verborgenheit. Das hat physische wie psychische Korrelate, d.h. das ist nicht Nichts, um eine Wendung von Gerhard Gamm aufzugreifen.

Und der Krankheitsbegriff: Er wird mitnichten an naturwissenschaftlichen Messwerten festgemacht, wie Rolf Weitkunat meint. Ein Beispiel: Es gibt eine angeborene Stoffwechselstörung, das Enzym Biotinidase betreffend. Die Enzymaktivität kann gemessen werden, bei einer Enzymaktivität von weniger als 30% gelten die Kinder als krank. Aber konstituiert dieser Messwert den Krankheitsbegriff? Was hätte ein Messwert „Biotinidase-Aktivität 10%“ einem Arzt vor 200 Jahren gesagt? Oder in der Frühzeit der Biotinidase-Forschung? Vor 200 Jahren gar nichts und in der Frühzeit der Biotinidase-Forschung jedenfalls nichts über die Unterscheidung zwischen Krank-

heit und Gesundheit. Dass Kinder mit einer Biotinidase-Aktivität von weniger als 30% als krank gelten, hat mit einer ausgereiften Theorie über die Wirkung dieses Enzyms und mit vielfältigen Erfahrungen zum Entwicklungsverlauf von Kindern mit unterschiedlichen Biotinidase-Werten zu tun. Das Urteil darüber, ob jemand krank ist, geht den dazu passenden Mess- bzw. Grenzwerten in der Wissenschaftsentwicklung voraus, es gibt ihnen erst ihre Bedeutung als Indikatoren der Krankheit.

Und weiter: Wenn man Krankheit als „prädiativen Gattungsbegriff“ fasst, dann ist damit darüber, was diesem Begriff in der Wirklichkeit entspricht, noch nicht viel gesagt. Denn die Last des Wirklichseins liegt dann erst einmal bei den Sachverhalten, die unter diesen Gattungsbegriff fallen sollen, also den einzelnen Krankheiten. Diese Basis ist aber unsicher, wie schon das Beispiel mit der Biotinidase gezeigt hat. Es ist nicht immer so einfach zu sagen, was als Krankheit gilt. Davon leben ganze Ratgeberverlage. „Die Krankheitserfinder“, heißt ein kürzlich veröffentlichtes Buch von Jörg Blech. Was man erfinden kann, ist offensichtlich nicht gottgegeben. Ist ADHS eine Krankheit? Ist Übergewicht eine Krankheit? Ab wann ist eine depressive Verstimmung eine Krankheit? All das sind Entscheidungen, die nicht einfach an Messwerten festzumachen sind, sondern vor dem Hintergrund von Theorien und Erfahrungen fallen und die sich manchmal auch historisch ändern, siehe die früher als Krankheit gehandelte Homosexualität. Was also repräsentiert, bedeutet oder bezeichnet der Gattungsbegriff? Wenn seine Bedeutung nicht über die einzelnen Krankheiten aufgebaut werden kann, weil zu deren begrifflicher Fassung als Krankheiten der Krankheitsbegriff selbst schon notwendig ist (anders als beim Wald und den Bäumen), muss er seine Bedeutung von woanders bekommen. Für Erkenntnistheoretiker fängt vermutlich das Vergnügen an der Sache hier erst richtig an: Sinn und Bedeutung, word and object, das ist auch beim Thema Gesundheit/Krankheit wohl eine längere Geschichte. Der Krankheitsbegriff ließe sich jedenfalls mindestens mit dem gleichen Recht als „nur platonische Idee“ charakterisieren wie der Gesundheitsbegriff – letztlich sind beides theoretische und aufeinander bezogene Konstrukte,

beide mit einer Erfahrungsbasis, aber keine einfachen Namen für sichtbare Gegenstände.

Interessant ist übrigens auch, das sei nur am Rande bemerkt, wie Krankheit sozialrechtlich gefasst wird: nämlich als regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, d.h. als Abwesenheit von Gesundheit.

Krankheit: SGB V

Regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat

Behinderung: § 2 SGB IX

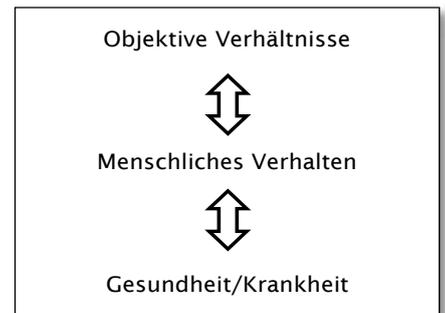
Behindert sind Menschen, wenn ihre körperliche Funktion, ihre geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist

Pflegebedürftigkeit: § 14 SGB XI

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen

Gegenstand und Methode

Für mich recht überraschend hat sich Rolf Weitkunat sehr kritisch gegenüber den Erkenntnismöglichkeiten durch statistisch-epidemiologische Verfahren, speziell durch Regressionsanalysen, geäußert. Rolf Weitkunat ist selbst ein ausgewiesener Fachmann für solche Verfahren. Das ursächliche Netz für menschliche Verhaltensweisen sei so komplex, dass man es mit den herkömmlichen Regressionsanalysen nicht angemessen analysieren könne. Diese Aussage stimmt und stimmt zugleich nicht. Dazu muss man dieses Netz etwas genauer betrachten. Es hat drei Teile, deren Zusammenhang nur teilweise ursächlicher Natur ist:



Zwischen den objektiven Verhältnissen und dem menschlichen Verhalten besteht kein kausaler Zusammenhang, sondern ein Bedeutungs-Begründungs-Zusammenhang. Menschen sind keine Automaten, die – auf der Handlungsebene – durch ihre Umwelt programmiert bzw. kausal beeinflusst werden, sondern sie setzen sich (potentiell) bewusst und zielgerichtet mit ihrer Umwelt auseinander. Unmittelbare Basis ihres Handelns sind Handlungsgründe, nicht Ursachen. Es gibt keine unmittelbare Determination des Verhaltens, auch wenn begründetes Verhalten Determinationen in Rechnung stellen muss. Über die Rolle von Handlungsgründen für menschliches Verhalten und die Unterschiede zu kausalen Erklärungen behavioristischer Provenienz ist in der Psychologie in den letzten Jahrzehnten viel geschrieben worden, das soll hier nicht wiederholt werden. Wenn man Gesundheit und vor allem die verhaltensabhängigen Aspekte der Gesundheit also so versteht, wie man sie unter dem Gesichtspunkt *menschlicher* Gesundheit verstehen muss, als Aspekt der Weltzugewandtheit und Handlungsfähigkeit des Menschen, dann ist klar, dass statistisch-epidemiologische Verfahren den Anfang der Zusammenhangskette nicht adäquat erfassen können, weil statistische Zusammenhangsanalysen implizit regelhafte, mithin kausale Zusammenhänge unterstellen (dass nicht jede Korrelation kausal zu interpretieren ist, hat damit nichts zu tun). Statistische Verfahren sind von der Komplexität und vor allem auch der Plastizität von Handlungsgründen in der Tat überfordert, und zwar aus prinzipiellen Gründen. Dass sie hier trotzdem eine heuristisch nützliche Rolle spielen können, steht auf einem anderen Blatt.

Anders sieht es möglicherweise am Ende der Zusammenhangskette aus, zwischen Verhalten und Gesundheit/Krankheit. Hier ist man eher im Bereich kausaler Zusammenhänge. Wenn ich jeden Tag als Couch-Potato mit Tüten

fetter Kartoffelchips vor dem Fernseher sitze, mich auch ansonsten nicht viel bewege und den Genüssen der guten Küche zugewandt bin, werde ich wohl dicker werden. Mein Körper kann sich dazu, im Unterschied zu mir in meinem Weltbezug, nicht begründet anders verhalten. Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Verhaltensweisen und Krankheiten sind statistisch-epidemiologische Verfahren somit vermutlich gegenstandsadäquat, ebenso wie andere naturwissenschaftliche Verfahren, etwa biochemische Analysen.

Verhalten und Verhältnisse

Eine höchst interessante These formuliert Rolf Weitkunat zur Relevanz der Verhaltensprävention in entwickelten Ländern. Hier seien, so Weitkunat in Fortführung des Weltgesundheitsberichts von 1995, 70%-80% der Sterbefälle verhaltensbedingt bzw. lebensstilbedingt. Daher solle sich Public Health in den entwickelten Ländern auf das Gesundheitsverhalten konzentrieren. Lassen wir einmal beiseite, dass Sterbefälle nicht das einzige Auswahlkriterium für Public Health-Aktivitäten sein sollten, so irritiert bei dieser Begründung, dass die genannte Zahl ja gerade aus den statistisch-epidemiologischen Analysen kommt, die Weitkunat an anderer Stelle in ihrer Aussagekraft kritisiert. Verhalten und Verhältnisse in einer solchen kruden Form gegeneinander zu stellen, sollte eigentlich obsolet sein. Menschliches Verhalten ist, wie erwähnt, (potentiell) begründetes Verhalten und die Handlungsgründe sind auf die objektiven Lebensbedingungen bezogen. Hinter jedem Verhalten steht also eine Sichtweise des jeweiligen Menschen auf die Welt, in der er lebt, und diese Sichtweise ist in der Regel nicht unabhängig von dieser Welt (aber, wohlgemerkt, auch nicht kausal davon abhängig).

Wenn ich das Verhalten der Menschen gesundheitswissenschaftlich als problematisch betrachte, muss ich mit den Menschen zusammen die Handlungsgründe aufklären, die dieses Verhalten subjektiv sinnvoll machen; ich muss also versuchen herauszufinden, welche objektiven Bedingungen wie in subjektive Handlungsgründe eingehen, so dass sie das gesundheitswissenschaftlich problematische Verhalten nahe legen. Verhalten resultiert nicht

aus sich selbst, es ist kein grundlos emergentes Phänomen. Verhalten vollzieht sich in Verhältnissen, das ist so banal, das traut man sich fast gar nicht mehr hinzuschreiben. Wie der Zusammenhang zwischen Verhältnissen und Verhalten im konkreten Fall aussieht, ist eine empirische Frage, aber nur das Verhalten aufs Korn zu nehmen, riecht fast schon ein bisschen nach „selber schuld“. Das wäre schon was, wenn wir unter beliebigen Verhältnissen so gesund sein könnten, wie wir wollten (wenn wir uns nur entsprechend verhalten würden).

Fazit: Daraus, dass der Weltgesundheitsbericht die genannte Aussage über die Dominanz verhaltensbedingter Gesundheitsrisiken trifft, folgt für die Orientierung von Public Health-Interventionen in Richtung Verhalten oder Verhältnisse noch gar nichts. Das ist erst einmal ein interpretationsbedürftiges Rechenergebnis aus der statistisch-epidemiologischen Hexenküche. Wenn man die fraglichen Verhaltensweisen nicht mehr nur als statistische Variable behandelt, sondern dahinter den nach Gründen handelnden Menschen sucht, wird man vermutlich schnell auf die dazu gehörigen änderungsbedürftigen Verhältnisse stoßen. Oft genug wird es daher auch so sein, dass man gerade in die Verhältnisse (Bildung, Berufschancen, Verkehrsplanung, Arbeitsgestaltung etc.) intervenieren muss, um ein anderes Verhalten möglich oder leichter zu machen und das bessere Gesundheitsverhalten wäre dann vielleicht nur der Indikator der gelungenen Intervention in die Verhältnisse. Aber wie gesagt, das sind empirische Fragen.

Ein weiterer Aspekt, den Rolf Weitkunat in diesem Zusammenhang anspricht, ist das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik. Der Gesundheitsbegriff der Gesundheitswissenschaften sei von einem Ideal demokratischer Wissenschaft geprägt, gleichzeitig gäbe es dort ein „soziogenetisches Erklärungsmonopol“, demzufolge Gesundheit paternalistisch durch die Gestaltung der Verhältnisse herbeizuführen sei (Nebenbei bemerkt: Wäre menschliches Verhalten kausal bedingt, gäbe es gar keine Alternative zu paternalistischer Fürsorge, nämlich in Form behavioristischer Konditionierung – nur wer wäre dann wohl das Subjekt einer solchen Konditionierung?). An ande-

rer Stelle spricht Weitkunat im Hinblick auf die Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheit sogar von einer Miasmatheorie. Das ist unter seinem Niveau, diese Unterstellung haben Bauch/Franzkowiak zurecht zurückgewiesen. In der Tat fällt es schwer, Vertreter der Gesundheitswissenschaften zu finden, die sich den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit so kurzschlüssig und unvermittelt vorstellen, dass man nur die Verhältnisse ändern müsse, um alles gut werden zu lassen. Zudem wäre wohl die Politik allein dazu gar nicht in der Lage – Gott bewahre uns vor so viel politischer Allmacht. Dass die Verhältnisse sind, wie sie sind, ist ein Ergebnis des komplexen Zusammenspiels vieler gesellschaftlicher Subsysteme, bis hin zu unserem individuellen Verhalten. Andererseits dürfte aber auch die Vorstellung politikfreier Gesundheitswissenschaften nicht haltbar sein. „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen“, meinte schon Rudolf Virchow. Wenn Verhalten und Verhältnisse zusammenhängen und die Verhältnisse nicht (in jedem Fall) in die Verfügbarkeit Einzelner gestellt sind, dann ist ihre Änderung eine politische, eine gemeinsame Aufgabe. Wo Verhalten auch anders zu ändern ist, umso besser, aber nicht immer ist man seines Glückes eigener Schmied. Die Gesundheitswissenschaften werden sich jedenfalls nicht nur auf die Individuen und ihr Verhalten beschränken können, sie müssen die Verhältnisse thematisieren, und damit gesellschaftliche und politische Veränderungen anstoßen. Politikberatung heißt das, wenn man ein Geschäft daraus macht. Dass dabei Aussagen mit einer originär politischen Genese nicht wissenschaftlich getarnt werden dürfen, versteht sich von selbst, auch wenn man seit dem Positivismusstreit in der deutschen Soziologie die ganze Debatte um die Wertfreiheit (Politikfreiheit) der Wissenschaft nicht mehr in Schwarz-Weiß malen sollte. Erinnerung sei hier nur an die Starnberger Finalisierungsthese zur Wissenschaftsentwicklung.

Krankheitsverhütung oder Gesundheitsförderung?

Rolf Weitkunat plädiert dafür, Forschung und Praxis in Public Health auf die Verhütung von Krankheiten auszurichten, eben weil die Förde-

nung von Gesundheit die Förderung von Nichts wäre und das Positive der Gesundheit demzufolge auch in fördernder Absicht nicht fassbar sein kann. Zwar ist Gesundheit nicht Nichts, aber Weitkunat richtet den Blick hier zurecht auf das Defizitäre. Krankheit und Gesundheit stehen in einer wechselseitigen Beziehung, man kann das eine nicht ohne das andere verstehen (was übrigens keine Eigenart dieses Begriffspaars ist: Dass sich Begriffe nur durch ihre begrifflichen Gegenspieler und die sie umgebenden begrifflichen Netzwerke erläutern, hat schon Hegel betont). Auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen wird man nur verfolgen, wenn man meint, es gäbe da einen Mangel, der behoben werden muss. Gesundheitsförderung ist, genauso wie Krankheitsprävention, auf den Ausgleich von Defiziten gerichtet, nur ist das im Bewusstsein der Gesundheitsförderungs-Gemeinde verloren gegangen. Die akademische Diskussion um die Abgrenzung von Gesundheitsförderung als der ressour-

cenorientierten Stärkung der Gesundheit und der Prävention als der krankheitsorientierten Intervention trägt nicht allzu weit, ein Beispiel für das dünne Eis der Public Health-Theorie.

Was tun?

In Deutschland gibt es in den Fachzeitschriften viel zu wenig Kontroversen über die theoretischen Grundlagen von Public Health. Von Debatten, wie sie im englischen Sprachraum etwa zwischen Wilkinson und Lynch um die Relevanz sozioökonomischer Faktoren für die Gesundheit der Menschen geführt werden, kann man hierzulande nur träumen. Dass es Rolf Weitkunat gelungen ist, eine kleine Theorie-Diskussion anzuzetteln, ist schon ein Verdienst an sich. Dass er auf manche Leer- und Lehrstellen im theoretischen und methodologischen Unterbau von Public Health hingewiesen hat, ebenfalls. Die Fortsetzung der Debatte wäre wünschenswert, weil es dabei auch um die Grundlagen dessen geht, was dem-

nächst über das Präventionsgesetz mit viel Geld in die präventionspolitische Wirklichkeit umgesetzt werden soll. Nichts wäre fataler, als konkrete Ansatzpunkte einer wirksamen Prävention zu übersehen, nur weil sie in der Gesundheitsförderungs-Gemeinde derzeit nicht en vogue sind und nicht im modischen Jargon der Empowerment- und Netzwerkphilosophen formuliert sind. Umgekehrt wäre aber auch nichts fataler, als sich auf kleine, naturwissenschaftlich am Individuum messbare Aspekte einzelner Krankheiten zu beschränken und so in einer endlosen Reparatur-schleife der Produktion von Krankheit durch die großen gesellschaftlichen Weichenstellungen hinterherzulaufen.

Anschrift des Autors:

Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung,
Köln (Hg.)



Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung
4. aktualisierte und erweiterte Neuauflage 2003

Inhalt: Das Glossar ist nach 1996, 1999 und 2000 in der 4. Auflage 2003 aktualisiert und wesentlich erweitert worden. Es spiegelt jetzt den Stand der programmatischen Entwicklung in der Gesundheitsförderung bis Ende 2002 wider. In einem fast zweijährigen Arbeits- und Redaktionsprozess wurden die bisherigen 68 Leitbegriffe sowie eine Reihe weiterer Konzepte einer kritischen Überprüfung auf konzeptionelle Relevanz und praktische Bedeutung unterzogen. Fast alle bisherigen Leitbegriffe wurden vollständig überarbeitet und aktualisiert. Die jetzt versammelten 91 „Leitbegriffe“ sollen dazu beitragen, die Vielfalt von Konzepten und Begrifflichkeiten in der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum zu systematisieren und übersichtlicher zu machen.

Die einzelnen Leitbegriffe werden von 39 Autoren in 1- bis 8-seitigen Beiträgen beschrieben. Sie sind alphabetisch angeordnet. Ein Register erleichtert die Suche nach Konzepten und Begriffen, die nicht in einem eigenen „Leitbegriff“ beschrieben sind. Jeder Autor und jede Autorin wird zum Abschluss des Beitrages namentlich ausgewiesen. Außerdem werden zu jedem Leitbegriff Literaturrempfehlungen zur Vertiefung angeführt.

Zielgruppen: Das Glossar wendet sich an alle, die in der Gesundheitsförderung tätig, engagiert oder an ihr interessiert sind. Die beschriebenen Konzepte, Modelle und Strategien der Gesundheitsförderung sollen Anregungen und Überprüfungsmöglichkeiten für den eigenen Planungs-, Forschungs- und Projektalltag liefern. Das Glossar soll aber auch interessierten Neu- oder Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern erste Orientierungsmöglichkeiten sowie Anregungen zur Vertiefung bieten. Es hat sich darüber hinaus als Lehr- und Lernmittel in der Aus-, Fort- und Weiterbildung bewährt.

ISBN3-927916-16-1, Format 24 x 16,5 cm, 256 Seiten, broschiert, 104 Abb., Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 6, € 17,80 + Versandkosten

Auskunft und Bestellungen:

FACHVERLAG PETER SABO
Versandbuchhandel für Gesundheitsförderung
Postfach 1069 - 55270 Schwabenheim a. d. Selz
Telefon (06130) 7760 - Fax (06130) 7971
E-Mail peter.sabo@t-online.de

www.sabo-buch.de

