

Diskussionspapier GeVoR, Oktober 2022

ENTWURF

*Das nachfolgende Dokument versteht sich ausdrücklich als ein Diskussionspapier, das gemeinsame Problemsichten und das Ausloten kooperativer, ortsspezifischer Lösungen befördern will. Es hat nicht den Anspruch, in jeder Passage und von vorneherein konsensfähig zu sein. Vielmehr ist es die Absicht der Initiator*innen einen Impuls zu setzen, der anschlussfähig ist für unterschiedliche Sichtweisen und neue Erkenntnisse, die es dann gemeinsam zu verarbeiten gilt.*

Verantwortungsgemeinschaft Soziale Gesundheit: Gesundheitsversorgung im Ruhrgebiet (GeVoR)

Die gesundheitlichen Probleme besonders vulnerabler Gruppen im Armutsmilieu – Stichwort: „Armut macht krank – Krankheit macht arm“ – sind auch im Jahr 2022 bei weitem nicht zufriedenstellend gelöst. Die Auswirkungen der aktuellen Krisen (Klimawandel, Pandemie, Krieg in Europa) wirken für diese Personengruppen wie ein Verstärker der Problemlagen. Inflation in einer seit Jahrzehnten nicht gekannter Höhe, exorbitant steigende Energiekosten und damit steigende Mieten befeuern die Armutsdynamik. Insbesondere in Ballungsräumen wie dem Ruhrgebiet kommt es zu einer zunehmenden sozialräumlichen Auseinanderentwicklung mit Stadtgebieten, in denen soziale zunehmend mit gesundheitlichen Problemlagen einhergehen.

Mit einem Wort, es geht um nicht weniger, als mit knappen Ressourcen größer werdende Problemlagen zu bewältigen. Der Zusammenhang zwischen sozialer Deprivation und schlechter gesundheitlicher Situation stellt sich scharf wie nie. Hier dürfen wir nicht wegsehen, sondern müssen vielmehr integrative neue Wege der gesundheitsbezogenen Ansprache, Förderung und Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen entwickeln. Die Akteure des Gesundheitswesens sind jetzt ganz neu gefordert. Eine Stärkung der Prävention, nachhaltige Kooperation und kluge Arbeitsteilung, zielgruppengerechte Versorgungsangebote und aufsuchende Hilfen sind die Stichworte der Zukunft.

Gesundheitliche Versorgung unter sich krisenbedingt verschärfenden Bedingungen gelingt nur in sozialräumlich verankerten Versorgungnetzwerken und in Verantwortungsgemeinschaft! Wir brauchen eine engere Verknüpfung von gesundheitlicher und sozialer Versorgung ganz dicht bei den Menschen. Wir brauchen eine aktive Kultur der Zusammenarbeit und Formate der Alltagskommunikation, die Vernetzungsmöglichkeiten vor Ort schaffen und verstetigen.

Wir richten mit der nachfolgend beschriebenen Konzeptskizze unseren Blick auf besonders stark belastete betroffene Teilgruppen:

- Kinder und Jugendliche in prekären Lebensverhältnissen
- Chronisch Kranke in besonderen Problemlagen
- Langzeitarbeitslose
- Neuzuwanderer*innen mit und ohne Krankenversicherungsschutz

Deren gesundheitliche Chancen zusätzlich eingeschränkt werden, wenn sie in Stadtteilen leben, wo sich sozio-ökonomische Problemlagen konzentrieren. Dazu gehören:

- verdichtetes, großstädtisches Wohnen (mit zusätzliche negativen Umwelteinflüssen durch Klimawandel),
- segregierte Bevölkerungsstrukturen,
- Defizite in der gesundheitlichen Infrastruktur bei deutlich erhöhten Bedarfen.

In diesen Teilgruppen und Teilräumen muss sich der Anspruch unseres solidarischen Gesundheitssystems bewähren. Wir sind davon überzeugt, dass dies gelingen kann, wenn in Versorgungnetzwerken gedacht und gehandelt wird. Dies geht nur vor Ort in Partnerschaft von gesundheitlichen und sozialen Dienstleister*innen mit handlungsbereiten wie auch handlungsfähigen Kommunen.

1. Soziale Lagen und gesundheitliche Risiken

Der Zusammenhang zwischen prekärer sozialer Lage und gesundheitlicher Belastung ist in zahllosen wissenschaftlichen Studien nachgewiesen worden; ein Analyse- oder Wissensdefizit besteht nicht. Menschen mit geringem Einkommen und weiteren sozialen Belastungsfaktoren wie schlechter Wohnsituation, Arbeitslosigkeit, Schulden etc. haben ein höheres Risiko für bestimmte, insbesondere chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz. Menschen mit niedrigem Einkommen haben eine bis zu 10 Jahre niedrigere Lebenserwartung als Menschen mit höherem Einkommen.

Dieser Zusammenhang ist sozialräumlich messbar: Stadtteile, die in einem Sozialmonitoring einen niedrigen Sozialstatus aufweisen, fallen gleichzeitig durch höhere Krankheitslast und vorzeitige Sterblichkeit ihrer Bevölkerung auf. Die Gesundheitsberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen zeigt dies sehr deutlich für das Ruhrgebiet auf – mit erheblichen und mutmaßlich zunehmenden Unterschieden zwischen den Stadtteilen.

Weitere Faktoren führen zu einer höheren Krankheitsbelastung und erschweren ihre Bewältigung: Menschen, die in Armut leben, zeigen häufiger gesundheitsriskante Verhaltensweisen, ihre Gesundheitskompetenz und damit die Einsicht in Behandlungs- und Verhaltensnotwendigkeiten ist eingeschränkt. Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Versorgungsangebote werden von ihnen trotz höherer Krankheitslast seltener in Anspruch genommen. Letzteres kann sowohl an einem passiveren Verhalten und der Unkenntnis über Versorgungsstrukturen und Patientenrechte, als auch an einer geringeren Versorgungsdichte in sozial benachteiligten Stadtteilen liegen. Es ist paradoxe Wirklichkeit in Deutschland, dass die Ärztedichte dort am geringsten ist, wo die meiste Arbeit wartet.

Armut und Krankheit sind sich gegenseitig bedingende und verstärkende Faktoren. Armut macht anfällig für Krankheit, Krankheit erschwert die Alltagsbewältigung und die Verbesserung der sozialen Lage. Diese Spirale ist z.B. bei von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen deutlich zu erkennen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund kommen Sprachprobleme zu den sozialen Faktoren hinzu. Die Abhängigkeit der gesundheitlichen von der sozialen Situation zeigt sich unabhängig vom Geschlecht und bei Kindern und Jugendlichen ebenso wie bei Erwachsenen und Betagten.

Die Analyse dieser Ausgangslage aus unterschiedlichen Perspektiven ergab über die verschiedenen Zielgruppen hinweg fünf große Problemcluster, die es anzugehen gilt:

- **Konkrete Angebotslücken** im medizinische Versorgungsangebot in Stadtteilen und Quartieren für bestehende und künftige Bedarfe (z.B. Mangel an Kinder- und Jugendärztlichen Angeboten, ambulante Pflege)

- **Vakante Leistungen und fehlende Kompetenzen** innerhalb der vorhandenen Versorgungsangebote, die den Zugang und die Kommunikation für die besonders vulnerablen Gruppen erleichtern (z.B. Sprachkompetenz, Armutssensibilität)
- **Formelle und informelle Zugangshürden** im Gesundheitssystem (z.B. Komm-Struktur, ungeklärter Krankenversicherungsschutz als Hürde)
- **Unzureichendes Schnittstellenmanagement**, ungestaltete Übergänge und ineffektive Ressourcennutzung (z.B. Überlastung von Hausärzt*innen und Notaufnahmen, fehlende medizinische Ansprechpartner*innen für Bildungseinrichtungen)
- **Fehlende Planungskompetenz** und Koordination zwischen den Sektoren und Ebenen (z.B. begrenzte Reaktionsfähigkeit auf Unterversorgung; Zuschnitt von Planungsräumen)

2. Neue Wege: Versorgung in Verantwortungsgemeinschaft

Ziel sollte es sein, Fehlnutzungen und -funktionen abzubauen und neue Zugangswege zu legen. Außerdem bedarf es einer angemessenen Ressourcenausstattung in den Räumen, deren Bevölkerung besonders hohe und wachsende Bedarfe, Belastungen und Zugangsschwierigkeiten zur Gesundheitsversorgung aufweist. Dies gilt für die sozial benachteiligten Stadtteile in der Metropolregion Ruhr sowie wie auch in Ballungsräumen und Großstädten bundesweit.

Leider sind diese Probleme zwar beschrieben, aber in der Versorgungsrealität weitgehend ungelöst. Modellprojekte erproben Teillösungen und liefern vielfältiges Wissen über Wirksamkeiten und -zusammenhänge. Dabei haben sich verschiedene Ansätze als lösungskompetent erwiesen:

- Kommunale Clearing-, Kümmerer- und Ansprachestrategien (z.B. Familienhebammen, Sprechstunden und Clearingstelle für Nicht-Krankenversicherte)
- Lotsenmodelle (indikationsbezogen, zielgruppenspezifisch, übergreifend),
- Sozialräumliche Anlaufstellen für gesundheitliche Basisversorgung, Präventionsangebote und Vermittlung (z.B. Gesundheitskiosk oder -haus),
- gesundheitliche Beratungsleistungen außerhalb des Gesundheitssystems (z.B. beim Jobcenter),
- ergänzend digitale Instrumente der Gesundheitsförderung.

Eine Umsetzungsdynamik in der Fläche können sie aber nur erzeugen, wenn sie zu sozialräumlich eingebetteten Versorgungsmodellen verwoben werden. Systemisch geht es darum, Leistungen unterschiedlicher Systeme und Rechtskreise aufeinander abzustimmen, in ihrer Wirkung zu optimieren und ggfs. neu zu justieren – und zwar anhand der Bedarfe der einzelnen Menschen sowie spezifischer Bevölkerungsgruppen.

Damit Erkenntnis zu Handlung wird, braucht es jedoch Entscheider*innen und Umsetzende in Kommunen, die von den Möglichkeiten und dem Mehrwert lokal gestalteter, sektor- und professionsübergreifender Organisation gesundheitlicher Versorgung überzeugt sind und die dazugehörigen Zuständigkeitsgrenzen angehen und überwinden wollen. Wir müssen die genannten Problemlagen in Verantwortungsgemeinschaft verschiedener sozialer System und Rechtskreise und zugehöriger Institutionen und Akteure angehen und lösen.

Die gesundheitliche Versorgung in Verantwortungsgemeinschaft soll sich anhand der folgenden **Leitziele** organisieren:

1. Identifizierung und Schließung ortsspezifischer bzw. sozialräumlicher Bedarfslücken in sektorübergreifender Perspektive (Versorgungsnetz) und gemeinschaftliche Finanzierungsverantwortung.
2. Stärkung von Gesundheitskompetenz und gesundheitsbewusstem Handeln im sozialräumlichen Netzwerk (Settingansatz mit Akteuren in- und außerhalb des Gesundheitssystem).
3. Realisierung legitimer Ansprüche auf gesundheitliche Leistungen in ihrer Breite (durch individuelles Clearing, Lotsenfunktion, aufsuchende Ansätze).

Verantwortungsgemeinschaft bedeutet, dass es für die Realisierung dieser Ziele eine über das Gesundheitssystem im engeren Sinne (bzw. das SGB V) hinausgehende, verschiedene Rechtskreise übergreifende Verantwortung von politischen und administrativen, institutionellen und professionellen Akteuren gibt. Sie muss zuvörderst in den Kommunen mit Leben erfüllt werden, zugleich aber auch die nötigen rechtlichen, administrativen und finanziellen Rahmenbedingungen adressieren.

3. Sozialräumliche Gesundheitsnetze und Integrative Gesundheitszentren

Es ist offensichtlich, dass eine Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen nicht allein mit medizinischen Versorgungsangeboten erreichbar ist, sondern in einem patientenzentrierten und ganzheitlichen Ansatz auch Hilfe bei der Bewältigung sozialer Probleme und Unterstützung beim Umgang mit Krankheit einschließen muss. Hierfür gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Initiativen, Projekten und Regelungen. Aber immer spürbarer wird, dass es auch zu veränderten Strukturen in der sozialräumlichen Versorgung kommen muss. Hier ist die skizzierte Verantwortungsgemeinschaft in besonderem Maße gefordert.

Zum einen schlagen wir sozialräumlich verankerte medizinisch-soziale Versorgungsnetze vor. Diese verbindlich zu regelnden Netzwerke sollen gewährleisten, dass Versorgungspfade für alle Bevölkerungsgruppen über die Grenzen von Rechtskreisen und Hilfesystemen hinweg nachvollziehbar und begehbar sind und dass die Kooperationen der beteiligten Berufsgruppen und Settings auf einer regelbasierten und auch finanziell gesicherten Basis stattfinden. Sie sollen auch einen Beitrag dazu leisten, die Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und die Sektorengrenzen durchlässiger zu machen.

Zum anderen brauchen derartige Netzwerke bei der Wahrnehmung dieser anspruchsvollen Aufgaben aber auch leistungsstarke Knotenpunkte. Hierfür werden Integrative Gesundheitszentren (IGZ) vorgeschlagen, die ebenfalls multiprofessionell und rechtskreisübergreifend angelegt sind und eine zentrale Funktion für die gesamte sozialräumliche Entwicklung einnehmen. Ein IGZ sollte folgende Bestandteile bündeln und umfassen:

- allgemeinmedizinische und pädiatrische Versorgung in bedarfsorientierter Ergänzung zu den im Netzwerk vorhandenen Praxen sowie fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung auf Basis einer vertraglich geregelten Zusammenarbeit mit Vertragsärzt*innen und Krankenhäusern im Stadtteil (ortsspezifisch zu entwickeln).
- Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes u.a. des kinder- und jugendärztlichen Dienstes – auch als Verbindungsstelle zur kommunalen bzw. gesamtstädtischen Gesundheitsplanung – im Rahmen einer regelhaften Vertretung im IGZ.
- soziale Beratungsleistungen, die in ihren fachlichen Schwerpunkten an Bedarfen im Stadtteil ausgerichtet sind und weitere Unterstützungsangebote der Kommune bzw. anderer Träger (z.B. Arbeitsagentur, Jugendhilfeeinrichtungen) einbinden.

- Gesundheitsberatung und Lotsendienste durch geschulte Fachkräfte, die Menschen einerseits bei der Prävention wie auch der Bewältigung von Krankheiten entlang der Versorgungswege unterstützen, andererseits auch die verschiedenen Professionen und Einrichtungen im Sinne einer patientenzentrierten Kooperation entlasten.
- Je nach Bedarf und im Abgleich mit dem Netzwerk pflegende, fördernde und helfende Einrichtungen (wie etwa ambulanter Pflegedienst, Einrichtungen der Suchthilfe, der Frühförderung für Kinder u.a.).

Ein integratives Gesundheitszentrum entlastet die Vertragsärztinnen und -ärzte im Stadtteil, die soziale Probleme und Defizite bei der Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten erkennen, aber nicht die Ressourcen zu ihrer Behebung haben. Es verbessert die Kommunikation aller Beteiligten, auch unter Nutzung digitaler Anwendungen.

Eine Refinanzierung von ggfs. erforderlicher Mehraufwendungen der Krankenkassen (insbes. für Beratung und Lotsen) ist möglich durch Einsparungen an anderer Stelle, z.B. bei überflüssiger Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, unnötigen Krankenhauseinweisungen oder stationärer Langzeitpflege sowie zusätzlichen Behandlungskosten durch mangelnde Compliance der Patient*innen.

Die Koalitionsverträge des Bundes wie auch des Landes NRW weisen mit Blick auf regionale Gesundheitsnetze und multiprofessionelle Gesundheitszentren in eine ähnliche Richtung. Es geht nun darum, diese Perspektive in den unterschiedlichen regionalen Kontexten problemlagengerecht zu konkretisieren – so auch in Ballungsräumen und insbesondere dem Ruhrgebiet.

4. Aktuelle Lösungsansätze im Ruhrgebiet

Im Ruhrgebiet gibt es seit langer Zeit engagierte und durchaus profilierte und wirksame Bemühungen um Stadtteil- und Quartiersentwicklungen, die in hohem Maße sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Sozialräume adressieren und hierbei auch gesundheitliche Belange im Blickfeld haben – seien es kommunale Präventionsansätze im Kindesalter oder stadtteilbezogene Seniorenbüros. Verzahnungen mit dem Gesundheitssystem fanden bislang allerdings eher sporadisch statt und sind in hohem Maße abhängig vom persönlichen Engagement von einzelnen Akteuren bzw. Ehren- und Nebenamtlichen sowie von zeitlich befristeten Förderungen im Rahmen diverser „Modellprojekte“.

Die Problemlagen in der sozialräumlichen Gesundheitsversorgung sind allerdings in den letzten Jahren so dringlich und die Bedarfe an einer rechtskreisübergreifenden Verzahnung zwischen medizinischen und sozialen Aspekten der Daseinsfürsorge so offensichtlich geworden, dass im Ruhrgebiet eine breiter und intensiver werdende Suche nach neuen und tragfähigeren Versorgungsformen eingesetzt hat. Hierfür stehen insbesondere (und keineswegs abschließend) folgende Entwicklungen:

- Gesundheitskioske stellen mit ihren Beratungs-, Lotsen- und Vernetzungsfunktionen gewissermaßen erste Versorgungsformen in der von uns skizzierten Perspektive dar: Ein erster Kiosk ist in Altenessen eröffnet worden, ein zweiter in Essen-Katernberg wird bald folgen. Der Start eines Kiosks in Bochum-Wattenscheid steht kurz bevor. In weiteren Städten laufen entsprechende kommunale Planungen im Zusammenwirken mit Krankenkassen, Ärztenetzen, Wohlfahrtsverbänden und sozialen Initiativen an.
- Gleichzeitig setzen mancherorts schon umfassendere Planungen zum Umbau von Versorgungsstrukturen ein, in denen integrative Gesundheitszentren eine starke Rolle

spielen. Im Essener Norden werden sie vor allem mit Blick auf zwei ehemalige Krankenhausstandorte verfolgt. Auch an anderen Standorten des Ruhrgebietes (so in Dortmund) stehen unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedingungen vergleichbare Überlegungen auf der Tagesordnung.

- Die Kinder- und Jugendgesundheit spielt hierbei an der Ruhr eine besondere Rolle. So verfolgt die vom regionalen Netzwerk MedEcon Ruhr betriebene Initiative „Gesund aufwachsen im Revier“ seit Jahren das Ziel einer regelbasierten Kooperation von medizinischer Versorgung und sozialer Daseinsfürsorge – gut sichtbar an einem kommunal verankerten, zugleich bundesweit Maßstäbe setzenden Vorhaben im Kinderschutz (MeKidS.best). Hieraus sind auch Pläne für einen sozialräumlichen Lotsendienst entstanden.
- Mit Blick auf Langzeitarbeitslose bzw. die Berufsrückkehr von chronisch kranken Menschen wird im Kreis Recklinghausen wiederum unter dem Titel „Gesundheit – Arbeit – Teilhabe“ ein Ansatz der Integrationsassistenz verfolgt, der die medizinische Versorgung betroffener Menschen und deren beruflichen Eingliederung unter Beachtung der sozialen Kontexte verknüpft. Wie Jobcenter ihrer zentralen Rolle in einer rechtskreisübergreifenden Kooperation wahrnehmen können, wird auch an anderen Stadtorten (z.B. Dortmund „Wohlberaten“) bereits ausgelotet.

5. Ruhr-Initiative für soziale Gesundheit in Verantwortungsgemeinschaft

Wir schlagen vor, mit den Akteuren aus dem Gesundheits- und weiteren Sozialsystemen und unter maßgeblicher Beteiligung der Kommunen eine ruhrgebietsweite Initiative für *soziale Gesundheit in Verantwortungsgemeinschaft an der Ruhr* zu bilden. Sie soll mit Blick auf die gemeinsamen Problemlagen und Herausforderungen in unserem Ballungsraum interkommunal und Sektoren übergreifend gebildet werden. Sie stützt sich dabei auf örtliche wie auch zielgruppenspezifische Verantwortungsgemeinschaften und regt diese zugleich an. Die Initiative (GeVoR) soll aber auch die Größe und Dichte unseres polyzentrischen Raumes in die Waagschale werfen, um in überregionaler Perspektive einen Durchbruch für nachhaltige und übertragbare Lösungen zu erzielen (auch im Sinne der Koalitionsvereinbarungen in Bund und Land).

Diese Initiative soll über eine operative Plattform verfügen, die sich folgenden Aufgaben widmet:

- **Aufbau und Pflege einer bevölkerungsorientierten sozialräumlichen Datenlage:** In Kollaboration mit den „Datenhaltern“ sollen epidemiologische und Versorgungsdaten aus dem Gesundheitssystem wie auch kommunale Sozial- und Infrastrukturdaten für die Zwecke der Verantwortungsgemeinschaft verbunden, verfü- und nutzbar gemacht werden.
- **interkommunaler und Sektoren übergreifende Kommunikation:** Innerhalb der Region wie auch in überregionalen Beziehungen sollen praktische Erfahrungen und konzeptionelle Ansätze zugänglich gemacht und ein Austausch über Problemlagen und Lösungswege gewährleistet werden (unter Einschluss von Werkstätten und einer medialen Infrastruktur via Website, Social Media etc.).
- **Interkommunales und Sektoren übergreifendes Monitoring:** Entwicklungen in der Region sollen systematisch verfolgt, aufbereitet, reportiert und ausgewertet werden – dies ebenfalls im Abgleich mit vergleichbaren Entwicklungen in anderen Regionen und im Kontext politisch verfolgter Vorhaben und Prozesse (siehe hierzu auch die vorgesehene Forschungsgruppe).

- **Koordination ruhrgebietsweiter Entwicklungsschwerpunkte:** Dies betrifft in erster Linie die zielgruppenspezifischen Schwerpunkte (Kinder und Jugendliche, chronisch Kranke, Neuzuwander*innen, Langzeitarbeitslose/Berufsrückkehrer). Mit den bestehenden Ansätzen von „Gesund aufwachsen im Revier“ kann die Kinder- und Jugendgesundheit hier als Pilot dienen.
- **Dienstleistungen für kommunale und zielgruppenspezifische Verantwortungsgemeinschaften:** Das Spektrum reicht von der Situationsanalyse und der Aufbereitung vorhandener Lösungsansätze über die Konzipierung von Maßnahmen und Projekten bis hin zur Klärung rechtlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen. Es kann um Hilfestellungen bei derartigen Aufgaben wie auch um deren Übernahme gehen.
- **Erschließung von finanziellen Ressourcen für die angestrebten Umbauprozesse und Vorhaben:** Hier geht es um die Nutzung von Förderprogrammen (Innovationsfonds, Bundes- und Landesprogramme u.a.), die Kombination verschiedener Förder- und regelbasierter Ansätze und die Erschließung regelbasierter Anschlussperspektiven. Im Rahmen der ruhrgebietsweiten Initiative und unter Berücksichtigung der landespolitischen Dispositionen soll für diese Plattform ein Betriebs- bzw. Geschäftsmodell entwickelt werden, das auch unter maßgeblicher Mitwirkung von MedEcon Ruhr eine professionelle Betreuung gewährleistet.
- **Gestaltungsorientierte Bündelung von Forschungsaktivitäten:** Mit der Plattform verbunden werden soll eine regionale Forschungsgruppe, in der die an der Ruhr mit sozialer Gesundheit und sozialräumlicher Versorgung befassten Einheiten (Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Sozialwissenschaften, Raumplanung...) zusammenwirken. Die Arbeit dieser Forschungsgruppe soll sehr anwendungs- und gestaltungsorientiert sein und im Austausch mit den Verantwortungsträgern „vor Ort“ Lösungswege erarbeiten und anstoßen.

Initiatorinnen und Initiatoren der Initiative GeVoR

Dr. Peter Enste,

Direktor des Forschungsschwerpunktes Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität, Institut Arbeit und Technik (IAT)

Dr. med. Johannes Albert Gehle,

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Prof. Dr. Josef Hilbert,

Direktor emeritus Institut Arbeit und Technik (IAT)
der Westfälischen Hochschule und der Ruhr-Universität Bochum

Dr. Uwe Kremer

Cornelia Prüfer-Storcks,

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz a.D.

Dr. phil. Michael Schwarzenau,

Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen Lippe a.D.

Birgit Zoerner,

Dezernentin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Sport und Freizeit, Dortmund

Redaktion

Sofie Eichner,

Allgemeine Sozialplanung, Stadt Dortmund, seichner@stadtdo.de