



Gesundheit

15 Vom Krankheits- zum Gesundheitssystem

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für
**Allgemein-
medizin**

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*Schule &
Gesundheit*


HESSEN
 Hessisches
Kultusministerium

vhs 

hr2
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autor dieses Zusatzangebots ist Dr. med. Robert Lübeck.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 24.02.2014 erstellt.

Übersicht

1. Elektronische Patientenakte
2. Lebenserwartung
3. Vorsorgeuntersuchungen
4. Partizipative Entscheidungsfindung
5. Krankenhausfinanzierung – das DRG-System
6. Zunächst nicht schaden – primum non nocere
7. Versorgungskontinuität und Schnittstellenproblematik
8. Glossar
9. Interviewpartner



1. Elektronische Patientenakte

Bezug Manuskript: S. 4, S. 12; Bezug Audio: 02:47; 14:08

Bei jedem Arztbesuch werden zahlreiche Informationen über Patientinnen und Patienten erfasst. Früher wurden diese noch handschriftlich in Patientenakten vermerkt, heute werden sie immer häufiger digital erfasst. Von den Vitalparametern, wie Blutdruck und Puls, über Diagnosen, Allergien und Medikamente können alle Daten am Computer erfasst und verwaltet werden. Dies bietet viele Vorteile: So können zum Beispiel gefährliche Kombinationen von Medikamenten automatisch erkannt und ein entsprechender Warnhinweis gegeben werden. Gerade ältere Patienten nehmen nicht selten täglich fünf oder sogar zehn verschiedene Medikamente ein, welche miteinander interagieren können. Die blitzschnelle Software des Computers kann hier helfen, Fehler zu vermeiden und so die Patientensicherheit erhöhen.

Bislang findet die Datenverarbeitung jedoch in der Regel in einem geschlossenen System statt – innerhalb einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses. Braucht ein anderer Arzt die Daten, muss er sie erneut aufwendig erheben und in das von ihm genutzte System einpflegen oder sich, möglicherweise sogar bei mehreren, Kollegen informieren. Gerade bei einem medizinischen Notfall kann die dafür benötigte Zeit fehlen.

Die elektronische Patientenakte soll diesen Problemen ein Ende bereiten. Medizinische Informationen werden auf einem zentralen Server abgelegt, auf den alle Ärzte Zugriff haben. Die Voraussetzung für einen Lese- oder Schreibzugriff ist dabei jeweils die Erlaubnis des Patienten. Mit dieser neuen Technik lässt sich nicht nur viel Papier und Filmmaterial sparen, auch kostspielige und vor allem unnötige Mehrfachuntersuchungen können so vermieden werden. Alle Arztbriefe mit ihren Befunden, Anamnesen, Diagnosen und Therapien können so bequem verwaltet werden. Mit einem Blick in die elektronische Patientenakte kann der gerade behandelnde Arzt einen vollständigen Überblick über die bisherige Krankengeschichte erhalten.

Da es sich um sehr sensible Daten handelt, muss der vertrauliche Umgang mit diesen zu jeder Zeit sichergestellt sein. Der Patient muss frei entscheiden dürfen, was gespeichert wird und wer Zugriff auf die Informationen bekommt. An Terminals, die wahrscheinlich in Praxen und Krankenhäusern stehen werden, sollen Patienten jederzeit Einblick in die Inhalte ihrer elektronischen Patientenakte nehmen können.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte soll nicht zu einem erhöhten Dokumentationsaufwand für Ärzte führen. So sollen die Daten in die elektronische Patientenakte automatisiert aus der jeweiligen Dokumentationssoftware übernommen werden.



Durch Standardisierung der Schnittstellen wird eine einheitliche Darstellung und Übersichtlichkeit sichergestellt.

Die elektronische Gesundheitskarte ersetzt seit dem 01.01.2014 die alte Krankenversicherungskarte. Die oben genannten technischen Umsetzungen sind jedoch bislang nicht implementiert. Wann sie umgesetzt werden, ist noch offen.

Quellen:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung zu Telematik, Link: <https://www.kbv.de/telematik/9505.html>
- Bundesministerium für Gesundheit zur elektronischen Gesundheitskarten, Link: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/fragen-und-antworten.html>

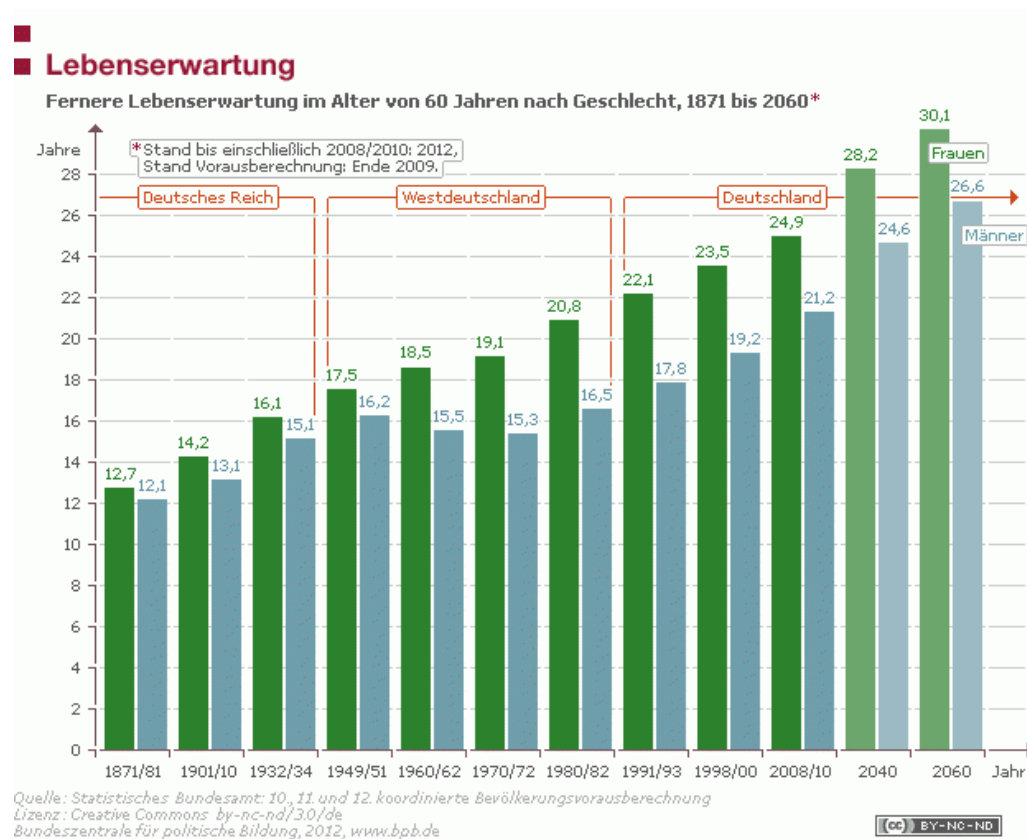


2. Lebenserwartung

Bezug Manuskript: S.6 ; Bezug Audio: 5:29

Es wird unterschieden zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt und der ferneren Lebenserwartung. Die fernere Lebenserwartung beschreibt, wie viele Lebensjahre beispielsweise eine 60-jährige Person im Durchschnitt noch vor sich hat.

Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den vergangenen 100-150 Jahren deutlich gestiegen.



Viele Faktoren hatten darauf einen Einfluss, aber besonders die Fortschritte im Bereich der Hygiene und des Gesundheitswesens haben dazu beigetragen.

Dieser Anstieg der Lebenserwartung hat in Verbindung mit der anhaltend niedrigen Geburtenziffer eine deutliche Veränderung der Altersstruktur zur Folge. Der Anteil der unter



20-Jährigen an der Bevölkerung reduzierte sich zwischen 1960 und 2010 um 10 Prozent auf ca. 18 Prozent, parallel stieg der Anteil der über 60 Jahre alten Personen auf mehr als 25 Prozent. Dieser Trend setzt sich vorrausichtlich weiter fort, sodass bis 2060 fast 40 Prozent 60 Jahre und älter sein werden. Schon heute ist Deutschland in zwei Disziplinen Spitzenklasse: als Land mit dem geringsten Anteil an Jugendlichen und dem höchsten Anteil an Rentnern aller Euro-Staaten.

Die höchste Lebenserwartung im internationalen Vergleich haben die Isländer, Deutschland steht an achter Stelle.

Der demografische Wandel stellt damit eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Quellen:

- Lebenserwartung in Deutschland steigt weiter, Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/lebenserwartung-in-deutschland-steigt-fuer-frauen-und-maenner-a-859099.html>
- Lebenserwartung, Link: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61547/lebenserwartung>
- Internationaler Vergleich, Link: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/europa/70509/lebenserwartung>

3. Vorsorgeuntersuchungen

Bezug Manuskript: S. 8; Bezug Audio: 08:25; 13:09

Bei Vorsorgeuntersuchungen, auch Screeninguntersuchungen genannt, werden gesund erscheinende Menschen auf Frühzeichen einer Erkrankung untersucht. So sollen schwerwiegende Erkrankungen in einem frühen Stadium entdeckt werden, wenn die Einleitung einer Therapie möglicherweise einen möglichst großen Behandlungserfolg verspricht.

Für viele Screeningverfahren konnte ein Nutzen nachgewiesen werden. Beispielhaft sei hier die Untersuchung auf das Vorliegen einer Phenylketonurie bei Neugeborenen, einer erblichen Stoffwechselkrankheit, die durch eine Spezialdiät behandelt werden kann, genannt.

Vorsorgeuntersuchungen scheinen nur Vorteile zu bieten – dennoch kann Screening nicht nur



nutzen, sondern auch schaden. Schließlich wird aus einem eben noch Gesunden durch ein auffälliges Screening schlagartig ein Patient. Daher sollte der Einsatz von Screeningverfahren nicht unbedacht erfolgen.

Ein umstrittenes Screeningverfahren wird häufig beim Prostatakarzinom angewendet, welches die weltweit zweithäufigste Krebsart bei Männern ist und sich grob in zwei Typen, eine aggressive Form und eine eher langsam wachsende Form, unterteilen lässt. Die Mehrzahl der an einem Prostatakarzinom erkrankten Männer weist erhöhte Blutkonzentrationen von „prostataspezifischem Antigen“, abgekürzt PSA, auf. Dieses ist jedoch nicht nur bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms erhöht, sondern kann auch bei Infektionen oder gutartigen Veränderungen der Prostata erhöht sein.

Die Behandlung des Prostatakarzinoms kann häufig zu Nebenwirkungen wie Inkontinenz und Impotenz führen. Leider lässt sich durch das Screening aber vorab nicht feststellen, welche Form des Prostatakarzinoms vorliegt. Die eher langsam wachsende Form müsste dabei häufig gar nicht therapiert werden – viele würden mit ihrem Prostata-Karzinom sterben ,aber nicht daran.

In mehreren groß angelegten wissenschaftlichen Studien ließ sich kein Nutzen für das PSA-Screening nachweisen. So wurden zwar durch die Bestimmung des PSA-Wertes mehr Prostata-Karzinome entdeckt – dies führte letztlich jedoch zu keiner Senkung der Gesamtsterblichkeit, gemessen an allen Todesursachen. Und obwohl sich teilweise zeigen ließ, dass durch das Screening weniger Männer an ihrem Prostata-Karzinom verstarben, starben Männer mit Screening insgesamt nicht später als Männer ohne Screening. Die gescreenten, aber letztlich nicht kranken Männer sahen sich dabei mit den Ängsten einer möglichen Krebserkrankung konfrontiert, und wurden zum Ausschluss der Diagnose nicht selten schmerzhaften invasiven Maßnahmen unterzogen.

Quellen:

- Wo ist der Beweis – Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin, Link: <http://de.testingtreatments.org/tt-main-text/>
- Arzneimitteltelegramm zum PSA-Screening, Link: http://www.arzneitelegramm.de/html/2010_12/1012129_01.html
- Arzneimitteltelegramm zum PSA-Screening, Link: http://www.arzneitelegramm.de/html/2009_04/0904033_01.html



4. Partizipative Entscheidungsfindung

Bezug Manuskript S.8 ; Bezug Audio: 08:35

Es gibt verschiedene Modelle, welche die Arzt-Patienten-Kommunikation beschreiben. Früher kam häufig das paternalistische Modell zur Anwendung; der Patient verhielt sich überwiegend passiv, während der Arzt die wesentlichen Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie allein fällte.

Die partizipative Entscheidungsfindung, auch „shared decision making“ genannt, setzt hingegen besonders auf die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Dies kommt der geänderten Wissensbeschaffung durch den Patienten, besonders mit Hilfe des Internets, zugute.

Zudem werden auch emotionale Beweggründe aufgegriffen und besprochen. In Studien ließen sich viele positive Effekte dieser Kommunikationsform finden. So bewirkten die Interventionen eine Zunahme des Wissens, eine realistischere Erwartung über Behandlungsverläufe und eine aktivere Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess.

Quellen:

- Shared decision making, Link:
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/55786/Patientenbeteiligung-bei-medizinischen-Entscheidungen-Effekte-der-Partizipativen-Entscheidungsfindung-aus-systematischen-Reviews>

5. Krankenhausfinanzierung – das DRG-System

Bezug Manuskript: S. 14, S. 15; Bezug Audio: 18:04

Voll- und teilstationäre Leistungen der Krankenhäuser werden über das DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet. Im Gegensatz zu der so geregelten Betriebskostenfinanzierung sind Investitionskosten von den Ländern zu tragen.

Bis zum Jahr 2003 wurden Krankenhausleistungen über Tages-Pflegesätze vergütet, welche unabhängig davon berechnet wurden, wie hoch der Behandlungsaufwand für den einzelnen Patienten tatsächlich war. Die Vergütung war also nicht leistungsgerecht. Zudem führte diese



Art der Vergütung zu einer sehr hohen stationären Verweildauer.

Der Gesetzgeber entschied daher, dieses Vergütungsverfahren durch ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) zu ersetzen. Ausgehend von einem australischen Modell wurde schrittweise ein DRG-Fallpauschalensystem eingeführt und weiter entwickelt.

Seit dem 1. Januar 2010 rechnen grundsätzlich alle Krankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau (Landesbasisfallwert) ab.

Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt über die Art der Diagnose bzw. Krankheit. Dabei wird auch der Schweregrad der Erkrankung berücksichtigt. Spezifische erbrachte Leistungen, wie Operationen und Prozeduren, z.B. Magen- oder Darmspiegelung, werden ebenfalls vergütet. Ein leicht erkrankter Patient zahlt also weniger als ein schwer erkrankter Patient. Der unterschiedliche Behandlungsaufwand wird durch Zu- oder Abschläge ausgedrückt. Mit der Fallpauschale wird die Vergütung für jede Erkrankung vorab festgelegt. Dabei wird auch eine mittlere Verweildauer definiert. Eine Über- oder Unterschreitung dieser mittleren Verweildauer führt zu einer niedrigeren Vergütung. Grundsätzlich ergibt sich der Preis einer Fallpauschale durch Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert.

Zur Ermittlung der mittleren Verweildauer und der Festlegung der Vergütung werden stichprobenartig die verursachten Kosten bestimmter Fälle ermittelt und ausgewertet.

Um eine kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen, sind die medizinischen Fachgesellschaften angehalten, sich mit Vorschlägen an dem sogenannten „strukturierten Dialog“ des DRG-Instituts (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) zu beteiligen.

Aus dem Grundgesetz ergibt sich die Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge für seine Bürger. Der sogenannte „Sicherstellungsauftrag“ liegt in der Verantwortung der Bundesländer. Dazu wird ein Krankenhausplan aufgestellt und laufend aktualisiert. Hier werden alle für die Deckung des Bedarfs notwendigen Krankenhäuser aufgeführt. Obwohl die dort aufgeführten Krankenhäuser als bedarfsgerecht und leistungsfähig benannt sind, wird eine ausreichende Vergütung durch das DRG-System jedoch nicht sichergestellt. Die einseitige Finanzierung über das DRG-System wird dem an anderer Stelle festgestellten und festgelegten Bedarf an Krankenhauskapazitäten immer häufiger nicht gerecht.

An dieser Stelle sei noch angemerkt, dass nur in Deutschland das DRG-System als striktes Preissystem eingesetzt wird – in anderen Ländern ist es nur eine Säule der



Krankenhausfinanzierung. International werden zumeist verschiedene organisationsspezifische Besonderheiten und spezifische Versorgungsaufträge erhöhend bei der Budgetbemessung berücksichtigt. Entsprechend könnte die Vereinbarung krankenhaushausindividueller Budgets auch in Deutschland zu einer ausgewogeneren und bedarfsgerechten Finanzierung führen.

Quellen:

- Bundesministerium für Gesundheit, Link: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html>
- Konstruktionsfehler des deutschen DRG-Systems, Link: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/146774/Das-deutsche-DRG-System-Grundsatzliche-Konstruktionsfehler>

6. Zunächst nicht schaden – primum non nocere

Bezug Manuskript: S.13; Bezug Audio: 16:27

Das Verbot zu schaden – „primum non nocere“, ist ein grundlegender Teil der ärztlichen und medizinischen Ethik. Scribonius Largus, Hofarzt des Kaisers Tiberius Claudius Nero Caesar Drusus, formulierte diese lateinische Weisheit ca. 50 Jahre n. Chr. Sie wurde jedoch schon hunderte Jahre zuvor von den Griechen, noch lange vor Hippokrates, praktiziert.

Manchmal schadet eine Therapie den Kranken mehr, als sie nützt. Daher ist der Patient über die Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie und die Chancen und Risiken invasiver Diagnostik stets umfassend aufzuklären. Gemeinsam mit seiner behandelnden Ärztin soll so eine informierte Entscheidung getroffen werden können.

Eine palliative Chemotherapie beispielsweise kann ein Tumorleiden nicht beseitigen, aber den Verlauf der Erkrankung verzögern und damit eventuell die verbleibende Lebensspanne eines Patienten verlängern. Gleichzeitig kann es unter dieser Therapie jedoch zu erheblichen Nebenwirkungen kommen, welche die Lebensqualität während der dem Patienten verbleibenden Zeit stark beeinträchtigen können. Daher ist die richtige Entscheidung nur auf Grundlage der persönlichen Wünsche des Patienten zu treffen.

Quellen: Die Zeit, Link: <http://www.zeit.de/2005/15/M-Hypokrates>



7. Versorgungskontinuität und Schnittstellenproblematik

Bezug Manuskript: S. 14; Bezug Audio: 17:18

Sektoren der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind z.B. die ambulante Versorgung mit Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Einrichtungen der Pflege etc., die stationäre Versorgung in Form von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, der Rettungsdienst und viele andere. Die im Beitrag genannte strikte Trennung der Sektoren führt zu zahlreichen Schnittstellenproblemen. Diese behindern eine kontinuierliche und sektorenübergreifende Versorgung. Gerade chronisch kranke Patienten mit vielen Funktionseinschränkungen erleiden häufig Versorgungsbrüche am Sektorenübergang. Diese sind mit einem erhöhten Risiko von Komplikationen im weiterbehandelnden Sektor verbunden. Die meisten Schnittstellenprobleme zeigen sich am Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor und hier besonders bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus.

Viele Patienten benötigen eine sektorenübergreifende Versorgung, doch es fehlt bisher eine sektorenübergreifende Qualitätsverantwortung. Meist wird die Qualität innerhalb eines Sektors oder einer Institution gemessen. Der weitere Krankheitsverlauf des Patienten wird dabei meist außer Acht gelassen.

Wünschenswert ist eine integrierte, sektorenübergreifende und populationsorientierte Versorgung, die gemeinsam Qualitätsverantwortung übernimmt.

Einen zentralen Ansatz zur Qualitätsverbesserung stellen potenziell verringerbare Sterbefälle und vermeidbare Krankenhauseinweisungen für ambulant zu behandelnde Krankheiten dar. Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung sollte veröffentlicht und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden, sodass

Regionen, Arzt- bzw. Anbieternetze und Krankenversicherungen verglichen werden können.

Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. So ist es für den Diabetes-Patienten nicht wichtig, wie oft sein Hausarzt seinen Fußstatus kontrolliert, sondern dass dieser optimal behandelt wird und keine Geschwüre, Infektionen oder sonstiges aufweist oder sogar amputiert werden muss.

Quellen:

- Sektoren der Gesundheitsversorgung, Link: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1203::Adipositas



- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Link: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

8. Glossar

IQWiG

Bezug Manuskript: S. 10; Bezug Audio: 10:28

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG genannt, ist seit 2004 für die Bewertung von Vor- und Nachteilen medizinischer Leistungen für Patienten zuständig. Das Institut erstellt fachlich unabhängige, evidenzbasierte, d.h. wissenschaftlich belegte, Gutachten zu Arzneimitteln, Behandlungsverfahren, Leitlinien und weiteren Themen.

Quelle:

- IQWiG, Link: <https://www.iqwig.de/>

9. Interviewpartner

Dr. Ansbert Lotter ist seit 2001 als Urologe in der UPK, der urologischen Partnerschaft Köln – einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis, tätig. Nach seinem Studium an der Universität zu Köln setzte er seine fachärztliche Weiterbildung in Bergisch Gladbach, Köln und Solingen fort. Er promovierte im Januar 2001 an der medizinischen Fakultät der RWTH Aachen. Er ist Mitglied der Ultraschallkommission der KVNO und seit 2004 deren Vorsitzender, und er ist Gründungsmitglied des Kompetenzzentrum für Urologie in Köln e.V. (KCU).

Quellen: UPK, Link: <http://www.urologie-huerthpark.de/temme-lotter.html>

Beate Wieseler studierte von 1989 bis 1994 Biologie in Bonn und Freiburg. Zeitgleich war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin aktiv. Nach einer Tätigkeit als Wissenschaftsjournalistin widmete sie sich von 1996 - 2005 der klinischen Forschung bei der



gmi Gesellschaft für angewandte Mathematik und Informatik mbH und bei Kendle International Inc. Dort befasste sie sich mit Planung, Auswertung und Berichterstattung klinischer Studien. Von 1997 - 2005 war sie Leiterin der europäischen Medical Writing Abteilung bei Kendle International Inc. Seit April 2005 arbeitet sie am IQWiG Arzneimittelbewertung und ist dort seit Oktober 2011 Ressortleiterin Arzneimittelbewertung.

Quellen:

https://www.iqwig.de/en/about_us/institute_structure/departments/drug_assessment/head_of_department_bw.2981.html

Prof. Dr. Michael Porter ist Universitätsprofessor für Wirtschaftswissenschaft am *Institute for Strategy and Competitiveness* an der Harvard Business School. Er ist Managementtheoretiker. In letzter Zeit hat er sich besonders der Erforschung der Ursachen der Probleme des Gesundheitswesens der USA und anderer Länder verschrieben.

Quellen: <http://www.hbs.edu/faculty/Pages/profile.aspx?facId=6532>

Herr Prof. Dr. med. Broich studierte Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Anschließend absolvierte er die Facharztweiterbildung Nervenheilkunde und Psychotherapie an den Kliniken für Neurologie und Psychiatrie der Medizinischen Fakultät der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn von 1985-1993. Seit 2002 ist er Dozent und Supervisor für Verhaltenstherapie. Mit Wirkung zum 20. Mai 2009 wurde Herr Prof. Dr. Broich vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Vizepräsidenten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ernannt

Quellen: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Lebenslaeufer/DE/Lebenslauf_Broich.html

Prof. Dr. Edmund Neugebauer studierte Chemie und Biochemie. Es folgte ein Studium der Humanmedizin und anschließende Weiterbildung in Theoretischer Chirurgie. Er ist Leiter des Instituts für Forschung der Operativen Medizin, abgekürzt IFOM. Zudem ist er Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgische Forschung der Universität Witten/Herdecke.

Quellen: <http://www.uni-wh.de/university/staff/details/show/Employee/neugebauer/details/vita/>

Stefan Reimers ist Pflegedienstleiter der stationären Krankenversorgung der Uniklinik Köln. Er setzt sich für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein, indem er Konzepte individueller Arbeitszeiten, auch abweichend von den Regeldienstzeiten, umsetzt.



Quellen: <http://pflege.uk-koeln.de/entwicklungen/mitarbeiterpool>

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner ist Mediziner und Sozialpsychiater. Er setzt sich verstärkt mit der Versorgungsforschung psychisch kranker, aber auch alterskranker, behinderter und sterbender Menschen auseinander.

Quellen: <http://www.imew.de/index.php?id=170>