

Dr. Petra Drohse

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

für jedes Problem gibt es unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten.

Das Stichwort ist „gesundheitliche Ungleichheit“.

Die Frage, welche Menschen ungleiche Gesundheitschancen haben, lässt sich wissenschaftlich noch gut beantworten, schwieriger wird es, wenn zu erklären ist, wie wir diese Bevölkerungsgruppen erreichen können, um ihre Gesundheit zu verbessern. Mit der heute unterzeichneten Kooperationsvereinbarung kommen wir der Lösung des Problems schon viel näher.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat gemeinsam mit den Landesvereinigungen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit einen Kooperationsvertrag geschlossen. Damit verpflichten sich alle Partner zur verstärkten Zusammenarbeit und Vernetzung. Das allein ist schon außerordentlich begrüßenswert. Dieses beispielhafte Vorgehen erinnert an andere Bereiche, in denen mehr Kooperation im Gesundheitswesen notwendig wäre.

Heute geht es um die Kooperation zum Nutzen sozial Benachteiligter. Dass diese Bevölkerungsgruppe in der Bundesrepublik jahrzehntlang vernachlässigt wurde, ist hinlänglich bekannt.

Erst mit der Armut- und Reichtumsberichterstattung ist eine wichtige Grundlage gelegt worden - die wir auch in dieser Legislaturperiode fortsetzen werden.

Hierbei geht es um die politische Bedeutung der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, der eine hohe Priorität eingeräumt wird. Im Mittelpunkt steht dabei die Ausgestaltung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Ziel ist es Armutsrisiken und soziale Ausgrenzung weiter zu vermindern oder am besten gar nicht erst entstehen zu lassen. Dies gilt insbesondere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung, für das individuelle Gesundheitsverhalten und schließlich auch für die Gesundheitsförderung.

Das heißt, die Gesundheitschancen dürfen nicht davon abhängen wie reich oder arm, wie gebildet jemand ist, ob er oder sie die deutsche Sprache gut oder schlecht versteht oder ob jemand erwerbstätig ist oder nicht.

In dieser Konsequenz ist es nun gelungen, dass alle Sozialhilfeempfänger in die Gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes werden zukünftig alle Sozialhilfeempfänger mit Versichertenkarten ausgestattet, so dass sie nun ohne Umweg über die Behörde zum Arzt gehen können.

Ferner wurde in diesem Zusammenhang dafür gesorgt, dass auch alleinstehende Wohnungslose einen Anspruch auf Krankenpflege in einer geeigneten Einrichtung erhalten.

Darüber hinaus trägt auch die BZgA als Fachbehörde dazu bei, die Gesundheitschancen von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu verbessern.

Wir werden im Laufe des Nachmittags eine Datenbank präsentiert bekommen, in der sich über 2.600 Projekte und Maßnahmen befinden. Die Datenbank löst zwar nicht die generelle Problematik, aber sie zeigt allen, die es wissen wollen und in diesem Bereich Verantwortung tragen, wie es gelingen kann, Menschen in schwierigen Lebenslagen zu erreichen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Sie werden praxis- und handlungsrelevante Projekte vorfinden, denen ich viele Nachahmer wünsche.

Damit ist die Hoffnung verbunden, dass der mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführte § 20 SGB V intensiv mit Leben erfüllt wird. Die Kassen können nun ihren Auftrag, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschance leisten und nahezu mühelos umsetzen.

Ich wünsche uns allen noch viele Partner, die zum Gelingen dieses Netzwerkes beitragen können.

Hierin liegt eine große Chance, entscheidende Fortschritte in der Prävention und Gesundheitsförderung und damit auch bei der Verbesserung der Lebenssituation sozial benachteiligter Menschen zu erreichen.

Dr. Wilfried Kunstmann

in Vertretung für Herrn Rudolf Henke, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer

Soziale Ungleichheit – eine Herausforderung für zentrale Akteure im Gesundheitswesen

hier: Aus Sicht der Bundesärztekammer

Einleitung

Als Bundesärztekammer haben wir gerne die Einladung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur heutigen Veranstaltung wahrgenommen. Gerne deshalb, weil wir im Bereich sozialer Benachteiligung und ihren gesundheitlichen Folgen zunehmenden Handlungsbedarf sehen und weil wir der Meinung sind, dass Ärzte in diesem Feld kompetente Handlungspartner darstellen.

Armut und Leiden im ärztlichen Berufsalltag

Denn was in der öffentlichen Wahrnehmung der Ärzteschaft viel zu oft vergessen wird, ist die Tatsache, dass der Umgang mit den unterschiedlichsten Facetten von Armut, Leiden und Krankheit zur tagtäglichen Realität der ärztlichen Berufsausübung gehört. Dabei macht es keinen Unterschied, ob der Arzt oder die Ärztin im Krankenhaus, in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens oder in niedergelassener Praxis tätig ist.

- Denken wir z.B. daran, wie oft Ärzte im Krankenhaus mit der Behandlung alleinstehender, verwaarloster älterer Menschen konfrontiert werden, bei denen die medizinische Versorgung immer ganz eng mit der Lösung der dahinterliegenden sozialen Probleme einhergeht.
- Aber auch im niedergelassenen Bereich gehört der Umgang z.B. mit suchtkranken Patienten, mit Arbeitslosen, die infolge ihrer Lebenssituation psychosomatische Störungen entwickelt haben, oder mit überlasteten alleinerziehenden Müttern in schlechtbezahlten Jobs, die nicht wagen krank geschrieben zu werden, zur tagtäglichen ärztlichen Arbeit.
- Und schließlich sollten nicht die vielfältigen Gesichter der Armut vergessen werden, denen der Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen täglich gegenübersteht, sei es nun bei der Versorgung AIDS-Kranker, im Kinder- und Jugendärztlichen

Dienst, bei der Pflegebegutachtung, dem Umgang mit Suchtkranken oder Patienten mit psychischen Problemen.

Dabei merkt man im ärztlichen Berufsalltag meistens sehr schnell und fast schon instinktiv, wann Armut die Ursache für die vorliegende Erkrankung ist - ohne unbedingt eine exakte wissenschaftliche Definition davon im Kopf zu haben, was Armut eigentlich ist und ausmacht. Spürbar wird jedoch in der Regel der Verlust an Teilhabe an dem, was wir als normalbürgerliches Leben verstehen, ein Verlust, der nicht mehr durch finanzielle Eigenleistungen kompensiert werden kann.

Zum Zusammenhang von Armut und Krankheit

Dass es einen Zusammenhang von Armut und erhöhtem Krankheitsrisiko gibt, ist wohl unbestritten und durch verschiedenste Studien belegt. Der Bundesgesundheitsurvey hat u.a. gezeigt, dass es für die zentralen Krankheits-Risikofaktoren wie z.B. das Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsarmut einen deutlichen Schichtgradienten gibt. Aus anderen Studien zur Nutzung des Gesundheitswesens wissen wir, dass z.B. der Anteil von Unterschichtangehörigen an der Belegung von Krankenhausbetten überdurchschnittlich hoch ist. In Allgemeinarztpraxen liegt ihr Anteil an den behandelten Patienten ebenfalls über dem anderer Sozialschichten.

Man kann sich leicht vorstellen, wie gerade in unserer heutigen Zeit aus Massenarbeitslosigkeit Langzeitarbeitslosigkeit entsteht, wie aus der Langzeitarbeitslosigkeit Hoffnungslosigkeit wird, die wiederum mit dem Verlust von Selbstwertgefühl einhergeht und schließlich auch in der Vernachlässigung der eigenen Gesundheit mündet. Und so gilt auch heute noch der Satz „Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben.“

Möglichkeiten ärztlicher Einflussnahme

Auch wenn Rudolf Virchow einst den berühmten Satz prägte, dass die „Medicin eine sociale Wissenschaft, und die Politik nichts weiter, als Medicin im Grossen" sei, so sind doch die Möglichkeiten des einzelnen Arztes, die krankmachenden Lebensumstände seiner Patienten zu ändern, recht begrenzt. Eine neuere wissenschaftliche Studie kommt zu dem Schluss, dass neben Faktoren wie Arbeits- und Lebensbedingungen, kulturellen und individuellen Faktoren der Anteil, den die medizinische Versorgung an der Gesundheit der Bevölkerung ausmacht, gerade mal bei 20 - 30% liegt.

Das heißt aber nicht, dass wir als Ärzte gar keine Einflussmöglichkeiten haben. Und in vielen Bereichen sind wir ja längst aktiv: Denken wir z.B. nur an die vielen ärztlichen Aktivitäten im Wohnungslosenbereich oder an die Versorgung Opiatabhängiger im Bereich der Methadonsubstitution. Verschiedene Ärztekammern haben z.B. Materialien zum Thema „Häusliche Gewalt“ entwickelt, andere Leitfäden liegen zur Ernährung oder zum Rauchen vor. Und an anderer Stelle arbeiten Ärzte aktiv in Programmen mit, die sich die Verbesserung der Ernährungslage und des Bewegungsverhaltens von Schülern und Kindergartenkindern zum Ziel gesetzt haben.

Ich denke, dass ärztlicherseits drei Strategien verfolgt werden sollten, um die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung zu überwinden, zumindest aber doch zu begrenzen:

1. Freier und gleicher Zugang zur medizinischen Versorgung

Erstens gehört dazu, dass wir uns auch weiterhin vehement dafür einsetzen, dass jeder in Deutschland den gleichen freien Zugang zu Arztpraxen und Krankenhäusern und zur gleichen Qualität der medizinischen Behandlung hat - unabhängig davon, ob er arm oder reich, ob er krankenversichert oder nicht ist. Dazu gehört auch die freie Arztwahl für alle, denn niemand sollte aus Geldgründen auf einen bestimmten Arzt oder ein bestimmtes Krankenhaus verpflichtet werden können. Das nämlich wäre ein klarer Weg in die Zwei-Klassen-Gesellschaft.

2. Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention

Ein weiterer Ansatz der Einflussnahme ist, dass wir einen größeren Schwerpunkt in unserer Arbeit auch auf die Gesundheitsförderung und Prävention legen. Denn auch für die, die am Rande unserer Gesellschaft stehen, gilt, dass vorbeugen besser ist als heilen.

Dabei ist uns bewusst, wie sehr das Vorbeugeverhalten von der sozialen Schichtzugehörigkeit abhängt. Nach den Ergebnissen des 1997 durchgeführten Bundesgesundheits surveys (BGS) nehmen z.B. in der Oberschicht 42,2% jährlich an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil, in der Unterschicht sind es hingegen nur 28,2%. Ähnlich sieht es bei Kursangeboten im Bereich der Gesundheitsförderung aus: Während in der Ober- und Mittelschicht im zurückliegenden Jahr über 10% (12,6% resp. 11,2%) solche Angebote wahrgenommen haben, waren es in der Unterschicht gerade mal 7,1%.

Nun ist Ihnen allen sicherlich bekannt, dass das inzwischen vom Bundestag verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz den Kassen die Möglichkeit einräumt, einen

Bonus an solche Versicherte auszuzahlen, die regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen oder an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen. Das könnte zum einen zur Folge haben, dass die eh schon gesunden, aufgeklärteren und vielleicht auch besser Verdienenden nun noch zusätzlich beitragsmäßig entlastet werden. Es ist aber auch durchaus denkbar, dass nun gerade die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen auf Grund materieller Anreize zu einer stärkeren Wahrnehmung präventiver Leistungen bewegt werden können. Dies ist sicherlich eine spannende Frage, die weiter beobachtet werden sollte.

3. Kooperation

Und drittens denke ich, dass die Kooperation über unterschiedliche Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg einen wichtigen Schritt darstellt, um gerade im Bereich sozialer Benachteiligung wirksame Aktivitäten zu entfalten. Insofern erachte ich den durch die BZgA begonnenen Aufbau einer Datenbank über bereits bestehende erfolgreiche Projekte wie auch die Gründung regionaler Netzwerke unter Mitwirkung der Ärzteschaft für ein sinnvolles Konzept und wünsche der heute zu begründenden Kooperation viel Erfolg.

**K.-Dieter Voß,
BKK Bundesverband**

Sehr geehrte Frau Dr. Pott,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

Ihnen wird überwiegend bekannt sein, dass Betriebskrankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention auf eine lange und sehr erfolgreiche Praxis zurückblicken können. Sie umfasst mehr als 20 Jahre. In zahlreichen Projekten haben wir innovative Ansätze entwickelt und damit neue Maßstäbe gesetzt. Wir nehmen für uns – nicht ganz unbescheiden – in Anspruch, wesentlich dazu beigetragen zu haben, dass Gesundheitsförderung und Prävention durch Krankenkassen heute auf einem anerkannt hohen Niveau durchgeführt werden.

Diese Erfahrungen haben wir ganz überwiegend im Setting Betrieb gemacht. Für Betriebskrankenkassen ist dies ein naheliegender Ansatz. Denn die Nähe zum Betrieb hat sich – trotz Veränderungen in der Kassenwelt - bis zum heutigen Tag erhalten. Betriebskrankenkassen kennen „ihre“ Betriebe. Sie kennen die Menschen, die dort arbeiten. Sie kennen aber auch die betrieblichen Strukturen und wissen, wo es gut läuft und wo es hakt. Und sie haben i. d. R. einen sehr direkten Zugang zu den Betrieben. Dort werden sie als kompetenter Partner und Berater wahrgenommen und geschätzt. Dies ermöglicht es BKK'en auch, auf die unterschiedlichen Zielgruppen – von den Führungskräften bis zum ungelernten Arbeiter – zuzugehen und diese je nach Bedarf und abgestimmt mit den betrieblichen Entscheidungsträgern in die jeweils spezifischen Präventionsmaßnahmen einzubinden.

Präventive Maßnahmen für die Belegschaft zielen üblicherweise auf die Gruppen, die den höchsten gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Es sind zugleich die, die über die geringsten gesundheitlichen Ressourcen verfügen. Sehr häufig werden von diesen Gruppen Tätigkeiten ausgeführt, für die nur eine geringe Qualifikation notwendig ist und die entsprechend niedrig entlohnt werden. Es handelt sich also um die weniger privilegierten Belegschaftsgruppen im Betrieb.

Der Gesetzgeber hat mit der GKV-Reform 2000 die Kassen verpflichtet, sich um diese Gruppen im Rahmen der Prävention in besonderer Weise zu kümmern. Die Kassen sollen mit Hilfe präventiver Maßnahmen einen „Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitsschancen“ leisten. Genau das tun wir bereits seit vielen

Jahren. So besehen hat der Gesetzgeber unser freiwilliges Handeln zum Vorbild für die jetzige generelle Verpflichtung genommen.

Gleichwohl erkennen wir – und sehen dies auch als Verpflichtung –, dass auf diesem Feld die präventiven Aktivitäten noch deutlich ausgebaut werden müssen. Der BKK Bundesverband hat deshalb im Sommer letzten Jahres nach gründlicher Diskussion in den Gremien entschieden, seine präventiven Aktivitäten auf weitere Settings mit sozial unterprivilegierten Menschen auszudehnen. Der Verwaltungsrat des BKK Bundesverbandes hat uns für diese Aufgabe 1,7 Mio € im Haushalt für das laufende Jahr bewilligt. Unter dem Motto „Mehr Gesundheit für alle“ haben wir begonnen, für Zielgruppen, die wir mit der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht erreichen konnten, Modellprojekte in fast allen Bundesländern zu starten. Sie betreffen u. a. Kinder in sozialen Brennpunkten, Arbeitslose, Migranten, Abhängigkeitskranke, ja in einem Fall sogar Obdachlose. Wir kooperieren dabei mit kompetenten Partnern, die in den jeweiligen Settings bereits erfolgreich Präventionsarbeit geleistet haben und leisten. Diese Kooperationen sehen wir als gegenseitigen Lernprozess. Wir lernen von Erfahrungen der Partner in den jeweiligen Settings, profitieren davon und vermeiden zugleich, das Rad neu zu erfinden. Umgekehrt bringen wir unser Erfahrungswissen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, das wir auf diesem Wege an die jeweils Setting-spezifischen Bedingungen anzupassen lernen.

Mit diesem Vorhaben „Mehr Gesundheit für alle“ erprobt der BKK Bundesverband modellhaft für das BKK-System bewusst unterschiedliche Wege der präventiven Intervention in unterschiedlichen Settings. Ziel ist es, Erfahrungen zu sammeln, wie BKK künftig in diesen Settings wirksame präventive Aktivitäten entfalten können. Zu diesem Zweck haben wir die Team Gesundheit GmbH, unsere Dienstleistungs-Tochter für Prävention, eingebunden. Sie unterstützt die BKK bei der praktischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. Team Gesundheit soll nämlich die für BKK umsetzbaren Ansätze so aufbereiten, dass BKK diese mit den dafür notwendigen Partnern in den Regionen direkt anwenden können.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir ganz nachdrücklich die Initiative der BzgA, eine Online-Datenbank einzurichten, in die bereits 2.600 Projekte zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte eingestellt wurden. Für die vom BKK Bundesverband auf diesem Feld begonnenen Aktivitäten stellt diese Datenbank eine enorme Unterstützung dar. Sie entlastet uns bei der sehr mühsamen Recherche guter Projektansätze und Partner in den Regionen erheblich. Ich nutze deshalb gerne die Gelegenheit, Ihnen, sehr geehrte Frau Dr. Pott, und Ihren Mitarbeitern für diese gleichermaßen sinnvolle wie auch hilfreiche Initiative zu danken. Es freut mich besonders, dass Sie uns als eine der ersten

Institutionen überhaupt die Möglichkeit eingeräumt haben, die Datenbank im Rahmen unseres Projektes „Mehr Gesundheit für alle“ zu nutzen. Eine erste, vertiefende Auswertung der Datenbank nehmen wir derzeit vor. Wir haben uns dazu der Unterstützung der „Erzeuger“ dieser Datenbank, nämlich der Mitarbeiter von Herrn Dr. Geene von „Gesundheit Berlin e.V.“, versichert. Sie sind die dafür sicherlich kompetentesten Partner.

Aufgrund der gemeinsamen Interessenlage von BZgA und BKK Bundesverband, die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte nachhaltig zu stärken, haben beide Einrichtungen schon im Sommer dieses Jahres vereinbart, auf diesem Feld eng und partnerschaftlich zu arbeiten und sich dabei gegenseitig zu unterstützen. Diese Zusammenarbeit ist sehr gut angelaufen und beginnt bereits erste Früchte zu tragen. Sie wurde bereits im August öffentlich bekannt gemacht.

Was bisher aufgrund vielfältiger terminlicher Verpflichtungen noch nicht gelungen war, ist die Paraphierung der ebenfalls seit Sommer vorliegenden gemeinsamen Vereinbarung. Es freut mich deshalb besonders, dass wir dies nun heute und in diesem würdigen Rahmen und im Beisein von Ihnen, meine Damen und Herren, nachholen können.

Ich weiß, dass Sie sich alle um die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte schon sehr verdient gemacht haben und auch weiter an diesem Thema arbeiten. Zum Teil geschieht dies in enger Verbindung zu unserem Haus. Uns allen wünsche ich, dass wir diese Arbeit gemeinsam und erfolgreich weiterführen. Sie liegt im Interesse der Menschen, die betroffen sind. Menschen, für deren Gesundheit wir mitverantwortlich sind.

Dr. Uwe Prümel-Philippsen
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Sehr geehrte Frau Dr. Pott,
meine sehr geehrten Damen und Herren!

Im Rahmen dieser Veranstaltung eine Begründung für die Bedeutsamkeit nationaler Kooperation bzgl. der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Gruppen der Bevölkerung vorzutragen, hieße wohl, Eulen nach Athen zu tragen...

Alle hier Anwesenden haben bereits – zumindest innerhalb der letzten Jahre - hinlänglich bewiesen, dass sie ihren Teil der Verantwortung für die Lösung dieses gesundheitlichen wie gesundheitspolitischen Problems zu tragen bereit und in der Lage sind.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. selbst z.B., in Abstimmung mit ihren Landesvereinigungen und ihren weiteren ca. 100 Mitgliedsverbänden, berücksichtigt die Problemlagen sozial Benachteiligter nicht nur im Rahmen ihrer Teilhabe an den zahlreichen nationalen Steuerungs- und Planungsgremien, sondern vor allem im Rahmen der verschiedenen konkreten Projektvorhaben.

Im Fokus stehen bei uns aktuell z.B. die Themen „gesund altern“, „Kinderunfallprävention“, „Mund- und Zahngesundheit“, „Tabakprävention/Raucherentwöhnung/Schutz vor Passivrauchen“ ebenso wie die Querschnitt-Themen der „Qualitätssicherung“ und des Einsatzes der neuen Informationstechnologien (Stichwort hier: „Barrierefreiheit“).

Mit Referenz auf die Kolleginnen und Kollegen der hier anwesenden Landesvereinigungen möchte ich in diesem Zusammenhang ebenfalls nur beispielhaft auf einige wichtige Aktivitäten hinweisen:

- Berlin: seit 1995 Bundeskongresse zu „Armut und Gesundheit“,
- Niedersachsen: Gründung eines Arbeitskreises „Armut und Gesundheit“ auf Landesebene,
- Mecklenburg/Vorpommern: Studie zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen,

- Thüringen: in Kooperation mit der AOK Erfassung der Gesundheitsförderungsangebote für sozial Benachteiligte – diese Arbeit wird jetzt auch im Rahmen der Regionalen Knoten vertieft werden können und
- Saarland: mein Kollege Franz Gigout kann nicht anwesend sein, da er heute eine bereits lange geplante Veranstaltung des saarländischen Ministeriums für Gesundheit zum Thema „Gesundheitsförderung bei Migranten/Migrantinnen“ moderiert.

Sie sehen, wir befinden uns alle in der Tat „in bester Gesellschaft“...

Lassen Sie mich abschließend noch eine kurze Anmerkung machen: wer die Arbeit der BfGe seit 1954 verfolgt hat, wird wissen, dass es uns seit über 20 Jahren vor allem um die Berücksichtigung des Setting-Ansatzes in Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung geht – und seit ca. 10 Jahren insbesondere um mehr Kooperation und Koordination der verantwortlich Beteiligten im Arbeitsbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ (Stichwort: Ressourcenbündelung, Synergieeffekte).

Deshalb freuen wir uns außerordentlich, dass u.a. durch das jüngst vereinbarte Modellprojekt „gesund leben lernen“ zwischen drei Landesvereinigungen und den GKV-Spitzenverbänden wie auch heute durch die später zu unterzeichnende Kooperationsvereinbarung zu mehr und gezielter Zusammenarbeit bzgl. der nationalen Datenbank „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ beide Haupt-Anliegen der Bundesvereinigung einen sehr konkreten – und nicht nur, wie häufig leider in der Politik üblich, nur symbolischen – Niederschlag finden.

Wir hoffen sehr, meine sehr geehrten Damen und Herren, mit Ihnen gemeinsam zukünftig noch viele weitere praktische Maßnahmen dieser und ähnlicher Art initiieren, vorbereiten, begleiten und weiterentwickeln zu können!

Herzlichen Dank.