

Michael Bellwinkel

Krankenkassen als Initiatoren der Gesundheitsförderung für benachteiligte Kinder und Jugendliche

Einem so großen Publikum die Ansätze und Überlegungen der Krankenkassen und hier insbesondere natürlich der Betriebskrankenkassen zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche vorstellen zu können, freut mich sehr. Herr van Stiphout hat in seiner Begrüßung bereits die wesentlichen Eckpunkte der Initiative des BKK Bundesverbandes „Mehr Gesundheit für alle“ dargestellt. Ich will nun in meinem Beitrag diesen Faden aufgreifen und sie mit unserer Vorgehensweise weiter vertraut machen sowie mögliche Anknüpfungspunkte aufzeigen, bei denen wir uns vorstellen können, dass Krankenkassen und Quartiersmanager/innen zusammenarbeiten können und damit bereits einen Anstoß für die weiteren Diskussionen dieser Konferenz geben.

Ausgangslage

Seit dem Jahr 2000 haben die Krankenkassen in Gestalt des § 20 SGB V wieder eine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention, nachdem sie ihnen zwischenzeitlich entzogen worden war. Danach sollen die Krankenkassen Leistungen zur allgemeinen primären Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen. Von vielen zunächst wenig beachtet ist eine Bestimmung, wonach Krankenkassen auch einen Beitrag zur „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erbringen sollen. Diese etwas sperrige Formulierung bedeutet letztlich nichts anderes, als dass Krankenkassen auch Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte durchführen sollen. Die Krankenkassen haben damit vom Gesetzgeber einen sozialkompensatorischen Auftrag erhalten, der in dieser Form für die gesamte Sozialversicherung ein absolutes Novum darstellt. In keinem anderen Sozialgesetzbuch werden Sie einen solchen Auftrag finden. Für die Krankenkassen bedeutet dies Ehre und Bürde zugleich: Ehre, weil ihnen zugetraut wird, neue Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte zu entwickeln, Bürde, weil dieses Feld noch vergleichsweise unerschlossen ist und von den Krankenkassen eine enorme Innovations- und

Entwicklungsleistung fordert.

Gleichwohl ist der im Gesetz geforderte Ansatz, spezielle Wege der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte zu suchen, richtig. Denn die Erfahrungen aus den neunziger Jahren, als die Krankenkassen schon einmal den Auftrag hatten, Gesundheitsförderung zu betreiben, haben sehr deutlich gezeigt, dass sozial Benachteiligte über die üblichen Kursangebote, z.B. den Ernährungskurs bei der VHS, nicht erreicht werden. Alle empirischen Untersuchungen, auch die aktuellen Evaluationen der Krankenkassen zur Nachfrage der derzeit angebotenen Präventionskurse zeigen, dass dieser traditionelle Ansatz nahezu ausschließlich die Mittelschicht in der Bevölkerung erreicht. Typisch ist die Teilnehmerin mittleren Alters mit einem durchschnittlichen Einkommen.

Um sozial Benachteiligte zu erreichen, muss man offensichtlich ganz andere Wege gehen. Wie schwierig das ist, das haben wir in den letzten Jahren, in denen wir uns mit diesem Thema beschäftigen, erleben müssen. Doch wem erzähle ich das, Sie erleben dies in Ihrer täglichen Arbeit sicherlich noch viel direkter als wir. Wir mussten feststellen, dass es auf dem Feld der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte noch fast keine praktischen Erfahrungen gab und wir etablierte Akteure mit der Lupe suchen mussten.

Auch im BKK-System wie auch bei den anderen Kassenarten fehlten diese Erfahrungen. Der BKK Bundesverband hat deshalb im Jahr 2001 zunächst in Kooperation mit einer BKK, der NOVITAS Vereinigten BKK, versucht, modellhaft erste Gehversuche auf diesem Feld zu unternehmen. Gemeinsam haben wir in einem von sozialen Problemen geprägten Stadtteil im Duisburger Norden (Neumühl) ein erstes, mittlerweile preisgekröntes Projekt gestartet, an dessen Ausgangspunkt die schlechte Ernährung der dort lebenden Kinder stand (Die BKK 9/2001, S. 427-429).

Bei diesem Projekt mussten wir lernen, dass es für eine einzelne BKK sehr schwer ist, außerhalb des Betriebs Setting-Projekte durchzuführen. Wir haben uns deshalb im Kreise der GKV-Spitzenverbände dafür eingesetzt, Kassenarten übergreifende Projekte zu etablieren. Nach einem langen, fast zweijährigen Abstimmungsprozess ist es im Sommer 2003 gelungen, das gemeinsame Projekt „Gesund leben lernen“ auf den Weg zu bringen. In Schulen dreier Bundesländer (Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz) sollen überwiegend in sozialen Brennpunkten unterschiedliche Präventionsansätze erprobt und evaluiert werden.

Beim BKK Bundesverband wollten wir aber den uns gestellten gesetzlichen Auftrag schnell-

ler und vor allem auch breiter angehen. Wir haben deshalb schon im Sommer 2002 mit den BKK Landesverbänden verabredet, dass wir in einer konzertierten Aktion gemeinsam die BKK bei der Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrags unterstützen. Die Vorstände des BKK Bundesverbandes und der BKK Landesverbände haben damals empfohlen, jeweils 5 Prozent des Richtwertes gem. § 20 Abs. 3 SGB V von derzeit 2,70 Euro je Versichertem/r für Maßnahmen der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte auf der Bundes- und Landesebene zur Verfügung zu stellen. Der Verwaltungsrat des BKK Bundesverbandes ist dieser Empfehlung gefolgt und hat im Haushalt für die Jahre 2003 und 2004 jeweils Mittel in Höhe von rd. 1,7 Mio. Euro für diesen Zweck zur Verfügung gestellt. Damit war der finanzielle Grundstein für die Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ des BKK Bundesverbandes gelegt.

Motivation

Nun werden Sie fragen, warum kümmert sich der BKK Bundesverband um einen gesetzlichen Auftrag, der sich doch eigentlich an die Krankenkassen direkt wendet. Um dies verständlich zu machen, muss ich kurz auf die Strukturen des BKK-Systems eingehen. Das BKK-System ist sowohl von einem hohen Wachstum in den letzten Jahren als auch von einem erheblichen Konzentrationsprozess gekennzeichnet. Der Marktanteil beträgt derzeit rund 20 Prozent bei aktuell etwa 220 BKK. Trotz dieses Wachstums- und Konzentrationsprozesses – vor wenigen Jahren gab es noch dreimal mehr BKK bei geringerem Marktanteil – handelt es sich bei der Mehrzahl der BKK noch immer um kleine Einheiten mit wenigen tausend Mitgliedern und nicht selten einem Personalstand von weniger als zehn Mitarbeitern/innen. Eine solche BKK, die durchaus mit Erfolg im Betrieb Gesundheitsförderung betreiben kann, könnte z.B. ein stadtteilbezogenes Projekt angesichts ihrer begrenzten Ressourcen gar nicht durchführen. Große BKK erstrecken sich häufig über die gesamte Republik und haben deshalb vor Ort ebenfalls nur wenige Mitglieder. Den Verbänden im BKK-System fällt insofern eine Unterstützungsfunktion zu. Der BKK Bundesverband füllt diese Rolle seit vielen Jahren dadurch aus, dass er für und mit den BKK innovative Programme zur Gesundheitsförderung durchführt. Die Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ ist eines dieser Programme.

Ein zweiter Grund ist die soziale Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland, von der BKK ebenso betroffen sind wie alle anderen Kassenarten. Auch BKK versichern unterprivilegierte, häufig von Armut betroffene Bevölkerungs-

gruppen, wie Arbeitslose, Migranten/innen bis hin zu Obdachlosen. Ich muss hier nicht weiter ausführen, dass diese Gruppen überproportional von Gesundheitsrisiken bedroht sind. Zahlreiche Studien haben mittlerweile nachgewiesen, dass das Risiko zu erkranken mit sinkendem Einkommen, niedrigem sozialen Status und geringem Ausbildungsstand steigt. Angesichts anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, zunehmender Armut bei Kindern, Alleinerziehenden und Migranten/innen sowie der aktuellen Sozialgesetzgebung, die weitere Verarmungsprozesse auslösen dürfte, ist eine Verschlechterung der Gesundheit zunehmend größer werdender Bevölkerungsgruppen zu befürchten. Für uns als Krankenversicherung ist dies Verpflichtung und Herausforderung, uns dieser zu befürchtenden und teilweise auch schon eingetretenen Entwicklung wirksam entgegen zu stellen. Dies sind wir unseren Mitgliedern schuldig. Wir tun dies aber auch, um zu vermeiden, dass zusätzliche Gesundheitsleistungen erbracht werden müssen, die zusätzliche Kosten verursachen und letztlich vom Beitragszahler zu finanzieren sind. Damit hat das Thema auch einen sehr relevanten gesundheitsökonomischen Aspekt.

Mit unserem Engagement verfolgen wir aber auch noch einen weiteren Zweck, der sich direkt an die Politik richtet. Wir wollen nämlich zeigen, dass Krankenkassen sehr wohl in der Lage sind, ihrem gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte nachzukommen. Allerdings nicht allein, sondern in Kooperation mit geeigneten Partnern im Sinne von Gemeinschaftsprojekten. Damit haben wir schon sehr frühzeitig in der Diskussion um die Präventionsstiftung und das Präventionsgesetz einen Akzent gesetzt. Wir nehmen auch ganz unbescheiden für uns in Anspruch, mit unserer Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ eine Art Blaupause für die derzeit zwischen Gesundheitsministerium und den Spitzenverbänden der Sozialversicherung verhandelte Präventionsstiftung vorgelegt zu haben. Diese soll nach aktuellem Verhandlungsstand mit 50 Mio. Euro Fördermitteln pro Jahr aus den Kassen der Sozialversicherung ausgestattet werden, von denen die GKV mit 35 Mio. Euro den Löwenanteil tragen wird. Auf Drängen der Krankenkassen wird sich diese bundesweit angelegte Präventionsstiftung schwerpunktmäßig mit der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte befassen. So ist der aktuelle Verhandlungsstand. Allerdings gibt es seitens der Bundesregierung starke Bestrebungen, auch andere Bereiche, z.B. die betriebliche Gesundheitsförderung, in die Förderung durch die Stiftung aufzunehmen. Die Krankenkassen halten dies nicht für sinnvoll, weil dieses Feld dem Wett-

bewerb unterliegt, bereits sehr etabliert ist und letztlich Mittel, die derzeit für sozial Benachteiligte vorgesehen sind, für betriebliche Aktivitäten abzweigen würde, denn auch den Euro kann man nur einmal ausgeben. In die bisherigen Verhandlungen noch gar nicht einbezogen waren die Länder. Diese haben aber mittlerweile ihre Vorstellungen konkretisiert: Die SPD-regierten Länder fordern, 50 Mio. Euro in eine Bundesstiftung (davon GKV: 36 Mio. Euro) und 100 Mio. Euro in Länderfonds (davon GKV: 72 Mio. Euro) zu steuern. Die CDU-regierten Länder fordern eine reine GKV-Lösung, nach der 90 Mio. Euro ausschließlich in Länderfonds gezahlt werden sollen.

Vorgehen

Gerade bei den Betriebskrankenkassen gibt es auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung langjährige Erfahrungen, die bis in die achtziger Jahre zurück reichen. Diese decken sich mit den Grundsätzen, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Wissenschaft entwickelt wurden. Stichworte sind hier u.a.:

- Bedarfsorientierung,
- Änderung von Verhalten und Verhältnissen,
- Verankerung der Gesundheitsförderung in den Strukturen und
- Partizipation.

Wir haben nun versucht, das Know-how und die praktischen Erfahrungen, die wir über Jahre hinweg im arbeitsweltbezogenen Kontext gesammelt haben, auf Settings zu übertragen, in denen wir sozial Benachteiligte antreffen. Um diesen Transfer schnell leisten zu können, haben wir bereits laufende Projekte gesucht, die wir unterstützen und ausweiten können. Darüber hinaus entwickeln wir mit kompetenten Partnern neue Projektansätze und setzen diese um. Die geförderten Projekte lassen sich grundsätzlich zwei Typen zuordnen:

- (1) Zum einen erproben wir modellhaft Instrumente, Verfahren und Vorgehensweisen mit dem Ziel, diese Ansätze – sofern sie sich als tauglich erweisen – zu verbreitern. Diese guten Praxisbeispiele empfehlen wir gezielt den BKK in den Regionen zur Nachahmung.
- (2) Zum anderen investieren wir bewusst in Strukturen, um die Bedingungen für die Durchführung von Präventionsprojekten zu verbessern. Ein Beispiel dafür ist der Aufbau regionaler Knoten zur Prävention für sozial Benachteiligte. Hier kooperieren wir mit der BZgA und Gesundheit Berlin e.V.. Aber auch die Kooperation mit dem KVR und E&C, die heutige Veranstaltung und

mögliche weitere sich daraus ergebende Aktivitäten zählen wir dazu.

Parallel dazu haben wir eine Reihe von Experten/innen, allen voran Prof. Rosenbrock vom Sachverständigenrat, um die Erstellung von Expertisen zu unterschiedlichen, uns relevant erscheinenden Fragestellungen gebeten. Wir erhoffen uns davon, die Zahl der Fehler, die in einem neuen Feld stets drohen, zu minimieren. Zugleich wollen wir zu einer Weiterentwicklung des gesamten Themenfeldes beitragen und zwar sowohl auf der praktischen wie auch auf der theoretischen Ebene. Wenn es durch die Veröffentlichungen zudem gelingen würde, noch eine Debatte über das eine oder andere Thema anzustoßen, wäre dies ein weiterer wünschenswerter Effekt.

Damit sind die drei wichtigsten Ziele unseres Vorgehens auch bereits genannt. Ich will sie noch einmal zusammenfassen:

- Entwicklung, Erprobung und Verbreitung neuer Ansätze für die Präventionspraxis
- Unterstützung des Aufbaus geeigneter und notwendiger Präventionsstrukturen
- Verbreitung des Themas Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte in der öffentlichen Diskussion

Bei der Auswahl der Zielgruppen haben wir uns gemäß unserer Grundsätze am Bedarf orientiert. Dabei haben wir die vier, von Herrn van Stiphout schon genannten Hauptzielgruppen identifiziert, bei denen wir den höchsten Bedarf für gesundheitsfördernde Interventionen sehen:

- von Armut betroffene Kinder und Jugendliche,
- Arbeitslose / von Arbeitslosigkeit Bedrohte,
- Migranten und Migrantinnen,
- alte Menschen.

Die folgende Auflistung gibt Ihnen einen Überblick über die Projekte, die der BKK Bundesverband auf diesen einzelnen Feldern derzeit fördert. Ich kann natürlich nicht auf alle eingehen, will aber anhand einzelner Beispiele (Abb. 1 und 2) das Vorgehen des BKK Bundesverbandes verdeutlichen.

Strukturbildende Aktivitäten:

- Rosenbrock-Expertise und drei Ergänzungsgutachten
- Umsetzung der Projektergebnisse in Beratungskonzepte für die BKK
- Aufbau von regionalen Knoten zur Prävention für sozial Benachteiligte
- Unterstützung von E&C-Aktivitäten zur Gesundheitsförderung
- Kooperation mit dem Kommunalverband Ruhrgebiet (KVR)

Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche:

- Expertisen „Schule und Gesundheit“ und „Adipositasprävention“
- Food, Fun, Fantasy
- Klasse 2000
- be smart – don't start
- OPUS Netzwerk gesundheitsförderlicher Schulen
- Gesundheitsaudit für Schulen
- Wettbewerb „Gesunde Kitas im Ruhrgebiet“
- Gesunder Kindergarten
- Förderung von Gesundheitspotentialen sozial benachteiligter Kinder in Kitas
- Kinder aus suchtbelasteten Familien
- Kiez/Stadtteil-Detektive in Berlin und im Ruhrgebiet

Arbeitslose bzw. von Arbeitslosigkeit Bedrohte:

- Expertise „Gesundheit und Arbeitslosigkeit“ + Ergänzungsgutachten
- BKK Job Fit – Gesundheitsorientierte Selbstmanagement-Beratung für Arbeitslose
- Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen
- B.E.A.M. – Gesundheitsmodul zur beruflichen Wiedereingliederung
- Gesundheitsorientierte Outplacement-Beratung

Migranten und Migrantinnen:

- Expertise „Migranten und Gesundheit“
- Mit Migranten – Für Migranten
- Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen der Familie
- Lehrforschungsprojekt „Migration und Sucht,“

Alte Menschen:

- Sturzprävention bei älteren Menschen in Altenheimen

Diskussion

Bei der Konzipierung und Durchführung dieser Projekte sind wir auf eine Reihe von Problemen und Fragen gestoßen, die offensichtlich typisch für Projekte mit sozial Benachteiligten sind. Einige möchte ich exemplarisch nennen und zur Diskussion stellen:

1. Das zentrale Problem ist das des Zugangs, d.h.: Wie bringe ich Gesundheitsförderung an die sozial benachteiligte Zielgruppe?

Bei Kindern oder Jugendlichen erscheint dies vermeintlich einfach, denn man findet sie in Kitas und Schulen in klaren Strukturen und deshalb empfehlen auch die Experten/innen,

diese Settings für die Gesundheitsförderung vorrangig zu nutzen. Als Einstieg sind diese Einrichtungen, sofern sie sich für Gesundheitsförderung interessieren lassen, sicherlich hilfreich und nützlich, wenngleich auch nicht immer hinreichend. Denn die Ursachen der Probleme von Kindern und Jugendlichen liegen ja überwiegend im familiären und sozialen Umfeld, werden in die Einrichtungen erst hinein getragen und lösen dort nicht selten Überforderungen aus.

2. Eine zweite zentrale Frage ist, welche gesundheitsförderlichen Inhalte sollen transportiert und wie sollen sie vermittelt werden?

Hinlänglich bekannt – auch aus aktuellen Medienberichten – ist, dass insbesondere Unterschichtskinder übergewichtig sind und erhebliche Defizite bei den motorischen Fähigkeiten aufweisen. Ziel von Gesundheitsförderung muss also sein, dass Kinder und Jugendliche normalgewichtig und beweglicher werden, d.h. sie sollten sich gesünder ernähren und mehr bewegen. Die Frage ist aber: Wie vermittele ich dies meiner Zielgruppe. Um hierauf eine Antwort zu finden, hat der BKK Bundesverband ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die derzeit praktizierten Ansätze untersucht werden. Das Ergebnis ist ernüchternd: Es konnte kein einziges Programm ermittelt werden, das sich an sozial benachteiligte Kinder wendet und präventiv vor Übergewicht und Bewegungsmangel schützt oder Übergewicht und Bewegungsmangel dauerhaft reduziert. Es wurde deutlich, dass Ernährungs- und Bewegungsfachleute offenbar gar nicht in der Lage sind, einen Zugang zu sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu finden und ihre Inhalte zu vermitteln.

3. Eine weitere Frage ist, wie inhaltlich komplex ein Projekt sein darf, damit am Ende noch seine Wirkungen nachvollziehbar sind.

Bei der Diskussion des eben genannten Gutachtens in einem Workshop in der letzten Woche wurden eine Reihe von Hinweisen gegeben, von denen ich hier einige nennen möchte und die möglicherweise zu weiterer Diskussion anregen:

- Projekte zur Gesundheitsförderung sollten immer einen klaren Setting-Bezug haben, um die Menschen in ihrem sozialen Umfeld, also dort, wo sie leben, zu erreichen. Die Experten/innen empfehlen vorrangig Grund-, Haupt- und Sonderschulen in sozialen Brennpunkten, da hier alle Kinder/Jugendlichen erreicht und Stigmatisierungen vermieden werden. Als weitere Settings werden Kitas, Sportvereine und auch die Familien genannt.

- Die Projektbeteiligten müssen die Sprache der Kids und Eltern sprechen und sich in ihrem soziokulturellen Umfeld auskennen: z.B. Sozialarbeiter/in oder sog. „Keyperson“.
- Die Projekte sollten die Kids und die Eltern beteiligen – Stichwort: Partizipation –, denn nur so lässt sich Motivation für das Thema entwickeln.
- Die Anlage der Projekte sollte ressourcenorientiert sein nach dem Motto: Was steckt in den Kids drin, was macht ihnen Spaß, wie kann ich sie stark machen?
- Gesundheitsförderung sollte so früh wie möglich beginnen, möglichst schon vor der Schule, also in Kitas, noch besser schon bei den Müttern während der Schwangerschaft.
- Die Projekte sollten grundsätzlich einfach angelegt und auf ein klar definiertes, gut messbares Ziel ausgerichtet sein, z.B.: den Schulweg statt mit Bus und Bahn zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen. Erhofftes Ergebnis: Verbesserung der Beweglichkeit und Vermeidung von Übergewicht. Beides lässt sich am Ende des Projektes gut überprüfen.
- Die vorhandenen Hilfesysteme sollten sich vernetzen und zusammen arbeiten, z.B. die Sozial- und Jugendämter, die Erziehungsberatung, die Schulärzte/innen, die Sportvereine ... und natürlich auch die Quartiersmanager/innen. Bei all diesen besteht häufig schon ein direkter Zugang zu den Familien, der nicht erst mühsam entwickelt werden muss.

Soweit die Auswahl der Statements.

Für mich ist in dieser Diskussion deutlich geworden, dass für das Gelingen von Gesundheitsförderungs-Projekten für sozial Benachteiligte das Fachwissen von Ökotrophologen/innen oder Sportlehrern/innen offenbar weniger entscheidend ist als die Kompetenz von Sozialarbeitern/innen und Sozialpädagogen/innen. Denn solange ich als Experte für Gesundheitsförderung keinen Zugang zu den sozial benachteiligten Kids finde und/oder meine Inhalte nicht in einer für diese verständlichen Sprache transportieren kann, werde ich kaum Erfolg haben. Sozialarbeitern/innen unterstelle ich positiv, dass sie eher in der Lage sind, sowohl einen Zugang zu sozial benachteiligten Zielgruppen als auch den richtigen Ton zu finden, um Themen der Gesundheitsförderung zu transportieren.

Wenn das Entscheidende zur Vermeidung von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist, diese kontinuierlich in Bewegung zu bringen – so die Experten/innen auf unserem Workshop in der letzten

Woche –, so gelingt das einem Quartiersmanager/einer Quartiersmanagerin in Verbindung mit einem Übungsleiter/einer Übungsleiterin des örtlichen Fußballvereins möglicherweise besser, als einem Bewegungsexperten/einer Bewegungsexpertin, der/die keinen Draht zu den Kids aufbauen kann.

Ohnehin bin ich der Überzeugung, dass vieles von dem, was Sie als Quartiersmanager/innen routinemäßig tun, sehr viel mit Gesundheitsförderung und Prävention zu tun hat. Indem Sie Menschen stärken, vor dem Abgleiten in schlimmere Situationen bewahren, Not lindern, Konflikte entschärfen, Unterstützung bieten, Vernetzungen herstellen und noch vieles mehr tun, leisten sie zugleich etwas für die Gesundheit der Betroffenen, auch wenn Sie das möglicherweise nicht mit dem Begriff der Gesundheitsförderung in Zusammenhang bringen.

Nach meinem Eindruck denken Sie als Quartiersmanager/innen und wir als Gesundheitsförderer häufig dasselbe Ding – nur eben von zwei unterschiedlichen Seiten her. Ich würde es sehr begrüßen, wenn die Veranstaltung heute und morgen dazu beitragen könnte, diese unterschiedlichen Denkrichtungen füreinander verständlicher zu machen und es erkennbar wird, wo gleiche oder ähnliche Interessenlagen vorliegen und wo es Kooperations- und Entwicklungsfelder gibt, auf denen die unterschiedlichen Kompetenzen sinnvoll zusammengeführt werden können.

Kontakt:

Michael Bellwinkel
 BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit
 Kronprinzenstr. 6
 45128 Essen
 Telefon: 02011791472
 Email: BellwinkelM@bkk-bv.de